

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE

MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: POLÍTICA, ACESSO E NECESSIDADES**

ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS

Orientador Prof. Dr. Luciano Soares

Joinville – SC

2019

ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: POLÍTICA, ACESSO E NECESSIDADES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, na Universidade da Região de Joinville. Orientador: Prof. Dr. Luciano Soares

Joinville - SC

2019

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

Medeiros, Roberta Colvara Torres

M488p Planejamento familiar: política, acesso e necessidades/ Roberta Colvara Torres  
Medeiros; orientador Dr. Luciano Soares. – Joinville: UNIVILLE, 2019.

189 p.: il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de  
Joinville)

1. Planejamento familiar. 2. Direitos sexuais. 3. Direitos reprodutivos. 4.  
Política familiar. 5. Política pública. I. Soares, Luciano (orient.). II. Título.

CDD 613.9

Elaborada por Ana Paula Blaskovski Kuchnir – CRB-14/1401

## Termo de Aprovação

### “Planejamento Familiar: Política, Acesso e Necessidades”

por

Roberta Colvara Torres Medeiros

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestra em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.



Prof. Dr. Luciano Soares  
Orientador (UNIVILLE)

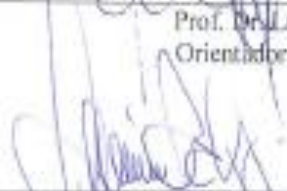


Prof. Dr. Paulo Henrique Condeixa de França  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Luciano Soares  
Orientador (UNIVILLE)



Profa. Dra. Maresi Rocha Farias  
(UFSC)



Prof. Dr. Jean Carl Silva  
(UNIVILLE)

Joinville, 22 de março de 2019

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Arlene e Moyses, por me estimularem desde muito cedo ao estudo, mostrando-me que a minha dedicação e os conhecimentos, adquiridos através dela, seriam a chave da minha liberdade e independência.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Luciano Soares, pela paciência e dedicação dispensadas, pois juntos idealizamos, moldamos e produzimos este trabalho.

Minha gratidão aos meus colegas de trabalho da UBSF Jardim Sofia, do grupo de professores da Saúde Coletiva e do Internato em Atenção Primária à Saúde, por me ajudarem com todas as tarefas diárias, para as quais nem sempre pude dispor do tempo necessário. Dedico especial agradecimento a minha querida Carla, residente de Medicina de Família e Comunidade, por toda ajuda neste período.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde, por possibilitar a execução deste trabalho e aos colegas da Estratégia de Saúde da Família, pela disponibilidade, pois sua participação foi a peça central deste trabalho.

Agradeço aos professores da Univille, por dividirem conosco sua sabedoria, possibilitando, desta forma, o nosso crescimento e aos colegas da turma XVI, com vocês tudo ficou mais fácil!

Porém, minha maior gratidão, é para aqueles que tornaram este momento possível: meu esposo Rodrigo, amigo, companheiro e cúmplice, por seu incentivo, suas palavras que *“me acalmam e trazem força para encarar tudo”*. Porém, para agradecer a ele, preciso antes agradecer a quem o ensinou a ser o que é: meus sogros Judith e Hamilton, por toda ajuda dispensada a nós nestes 2 anos de muito trabalho.

E é a eles, minhas fontes de energia, amor e inspiração, meus filhos: Arthur, Bernardo e Manuela, que dedico este trabalho, que ele possa servir de exemplo a vocês.

A todos vocês, meu muito obrigada!

**“Não serei livre enquanto alguma mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas”.**

Audre Lorde

## RESUMO

Os direitos sexuais e reprodutivos incluem-se em um conjunto de prerrogativas inerentes à condição humana sendo o planejamento familiar um dos fatores que mais tem influência no desenvolvimento de pessoas e sociedades. No Brasil, a Lei 9.263/1996 garante a todos os cidadãos o direito de acesso aos métodos contraceptivos assim como à informação de qualidade e em tempo oportuno. No entanto, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, a reprodução é ainda percebida como responsabilidade exclusivamente feminina, repercutindo na organização dos programas de saúde. O presente trabalho buscou analisar de forma preliminar a Política Nacional de Planejamento Familiar de 2007 e avaliar a percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família de Joinville/SC sobre a implementação desta política no município. Foi utilizado o esquema proposto por Cecília Mengo para análise de políticas relacionadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Para avaliar a percepção dos profissionais, foram elencados médicos e enfermeiros da ESF, pelo método de diversificação e escolhidos pelo método de diversificação utilizando-se o programa Excel, tendo como base a listagem de profissionais que estavam inscritos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o CNES, no município de Joinville em janeiro de 2018. Foram realizadas entrevistas em profundidade durante o mês de abril de 2018 e posterior análise de seu conteúdo com auxílio do programa Atlas TI. Como principais resultados, observou-se que a PNPf manteve a centralidade das ações na ampliação da acessibilidade aos métodos contraceptivos, sem discutir planejamento familiar como um direito humano, refletindo nas ações dos profissionais. Além disso, observou-se barreiras de acessibilidade a alguns métodos. Este resultado foi semelhante a estudos anteriores, que avaliaram ações de planejamento familiar. Desta forma, conclui-se que para que o planejamento familiar seja reconhecido como um direito, são necessárias ações que modifiquem a formação dos profissionais e o aprimoramento dos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos Sexuais e Reprodutivos, Política Pública, Política de Planejamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva, Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Sexual and reproductive rights are included in a set of prerogatives inherent to the human condition and family planning is one of the factors that most influence the development of people and societies. In Brazil, Law 9.263 / 1996 guarantees all citizens the right to access contraceptive methods as well as quality information in a timely manner. However, in Brazil and in other developing countries, reproduction is still perceived as exclusively female responsibility, with repercussions on the organization of health programs. The present work sought to analyse the National Family Planning Policy of 2007 and to evaluate the perception of the professionals who work in the Family Health Strategy of Joinville / SC on the implementation of this policy in the municipality. For the analysis, the scheme proposed by Cecilia Mengo was used to analyse policies related to sexual and reproductive health and rights. To evaluate the professionals' perception, FHS doctors and nurses were randomly assigned by the Excel program, based on the list of professionals who were enrolled in the National Registry of Health Establishments, the CNES, in the city of Joinville in January 2018. Conducted in-depth interviews during the month of April 2018 and later analysis of its content using Atlas IT program. The results pointed to the fact that PNPf aimed at increasing the access to contraceptive methods, without considering family planning as a right, which reflects on the care process, when user's choice is not always respected. In order for family planning to be recognized as a right, actions are required to modify the training of professionals and the improvement of health services.

**KEY WORDS:** Sexual and Reproductive Rights, Public Policy, Family Planning Policy, Sexual and Reproductive Health, Family Health Strategy.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BEMFAM	Bem-Estar Familiar no Brasil
CIC	Contraceptivo Injetável Combinado
CIP	Contraceptivo Injetável Progestágeno
COC	Contraceptivo Oral Combinado
CPI	Contraceptivo Progestágeno Isolado
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSR	Direito Sexual e Reprodutivo
ICPD	Conferência Internacional de Populações e Desenvolvimento
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LT	Laqueadura Tubária
MAC	Método anticoncepcional
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM:	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAIRHA	Política Nacional de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNDS	Pesquisa nacional de Demografia e Saúde
PNPF	Política Nacional de Planejamento Familiar
PNSSR	Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva
PSE	Programa de Saúde e Prevenção na Escola
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
PSMI	Programa Saúde Materno-Infantil
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Elementos da Análise de Políticas Públicas elaborado por Mengo e Euzébios.....	311
Quadro 2: Dimensões da análise de viabilidade .....	36
Quadro 3: Seleção da amostra.....	39
Quadro 4: Códigos utilizados na análise de entrevistas.....	41
Quadro 5: Política Nacional de Planejamento Familiar.....	46
Quadro 6: Resultados da Pesquisa nacional de Saúde e demografia.....	48

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição de métodos contraceptivos em 2006. ....	49
Tabela 2: Evolução da Relação de Nacional de Medicamentos Essenciais de 2000 a 2015. ....	51
Tabela 3: Comparação de dados da PNDS de 2006 e IBGE 2013 .....	52

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Esquema proposto por Cecilia Mengo para análise política.....	311
-------------------------------------------------------------------------	-----

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. INTERDISCIPLINARIDADE E MEIO AMBIENTE.....</b>	<b>21</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
3.1 Objetivo Geral .....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
4.1 Histórico do Planejamento Familiar no Brasil.....	23
4.2 Arcabouço legal .....	25
4.3 Políticas públicas, necessidades e acesso .....	27
4.4 Análise Política.....	29
4.4.1 Análise do contexto .....	32
4.4.2 Identificação do problema.....	32
4.4.3 Processo decisório .....	33
4.4.3.1 Definição de agenda .....	33
4.4.3.2 Poder dos atores.....	33
4.4.3.3 Processo de decisão.....	34
4.4.3.4 Objetivos da Política .....	34
4.4.3.5 Implementação da política .....	35
4.4.3.6 Análise de gênero .....	35
4.4.4 Análise de viabilidade.....	35
4.4.5 Desfechos.....	36
4.5 Município de Joinville .....	36

<b>5.1 METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
5.1 Análise da Política.....	38
5.2 Planejamento Familiar em Joinville/SC .....	38
5.3 Análise da Perspectiva dos profissionais .....	39
5.3.1. Amostra: .....	39
5.3.2. Entrevistas .....	39
5.3.3 Análise das Entrevistas .....	41
5.4 Análise crítica de riscos e benefícios .....	43
5.5 Aspectos éticos .....	44
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
6.1 Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF) de 2007 .....	45
6.2 Análise preliminar da política .....	47
6.3 Percepção dos profissionais com relação à implementação da PNPF em Joinville .....	53
6.3.1 Descrição da amostra.....	53
6.3.2 Aspectos relacionados aos profissionais .....	54
6.3.2.1 Respeito à escolha do usuário .....	54
6.3.2.2 Conhecimento sobre a política.....	56
6.3.2.3 Formação profissional.....	57
6.3.2.4 Aceitabilidade do profissional.....	58
6.3.3 Aspectos relacionados aos serviços de saúde .....	60
6.3.4 Comportamento em saúde do usuário.....	62
6.3.5 Necessidades de saúde .....	64
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
7.1 Análise crítica de pontos fortes e fracos do estudo .....	74
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>9 PERSPECTIVAS.....</b>	<b>76</b>

<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
ANEXO A_ Parecer Consubstanciado Comitê de Ética.....	86
ANEXO B_: Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde De Joinville....	88
<b>APÊNCICES .....</b>	<b>89</b>
APÊNDICE 1_ Carta de apresentação aos coordenadores.....	89
APÊNDICE 2_ Mensagem padrão via What's App .....	90
APÊNDICE 3_ Carta de apresentação aos profissionais.....	91
APÊNDICE 4_ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	92
APÊNDICE 5_ Autorização Para Uso de Voz.....	94
APÊNDICE 6_ Dados dos entrevistados .....	95
APÊNDICE 7_ Guia para Entrevista .....	96
APÊNDICE 8_ Entrevistas transcritas:.....	97

## 1. INTRODUÇÃO

Os direitos sexual e reprodutivo (DSR) incluem-se em um conjunto de prerrogativas consideradas inerentes à condição humana. A Constituição de 1988 do Brasil, assim como a legislação infraconstitucional e os tratados internacionais, dos quais o país é signatário, deveriam assegurar o respeito a esses direitos, de forma a proporcionar a todos, mulheres e homens, liberdade nas práticas sexuais e para escolher o número de filhos e quando tê-los (ÁVILA, 2003; BRASIL et al., 2010a; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006; MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

O direito reprodutivo refere-se à autonomia de todo casal e de todo indivíduo para tomar decisões sobre sua reprodução, livre de violência ou coerção, sendo reconhecido apenas em 1968, 20 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas. Já o direito sexual garante a decisão sobre a sexualidade do indivíduo, livre de violência ou coerção, aparecendo descrito, pela primeira vez, em 1995 na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim. (NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Dentre os aspectos dos DSR, o planejamento familiar é recorrente nas políticas públicas, tendo, inicialmente, o propósito de controle populacional e, historicamente, sendo ligado aos programas relacionados à saúde da mulher (SIPPEL, 2014). No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, a tarefa de planejar a reprodução é ainda percebida como responsabilidade, majoritariamente, feminina, repercutindo na organização dos programas de saúde reprodutiva. As mulheres acabam assumindo o planejamento do número de filhos do casal, utilizando, na maioria das vezes, Contraceptivos Orais Combinados (COC), mesmo diante de contraindicações à utilização (CARVALHO; PIROTTA; SCHOR, 2001; CORRÊA et al., 2017; FARIAS et al., 2016; LAURING et al., 2016).

Em 2008, estimava-se que 225 milhões de mulheres, no mundo, não tinham as necessidades relacionadas ao planejamento familiar plenamente atendidas, resultando em cerca de 75 milhões de gestações indesejadas, com risco de abortamento inseguro, de complicações obstétricas, de mortalidade materna, além da manutenção da iniquidade, com aumento da pobreza. Estimativas de 2017 sugerem que as complicações relacionadas ao aborto inseguro são responsáveis pela morbidade de 5 milhões de mulheres e por cerca de 8% das mortes maternas em todo

mundo, ou seja, pelo menos 22,8 mil mulheres morrem anualmente em decorrência do aborto inseguro. Estimava-se que, em 2013, a mortalidade materna mundial era de 289 mil mulheres ao ano, com uma taxa de 230 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, em países em desenvolvimento, muito superior à de países desenvolvidos, cuja taxa é de 16 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Ainda, a morbimortalidade infantil é positivamente associada à mortalidade materna (DARROCH; SINGH, 2011; GUTTMACHER INSTITUTE, 2018; NAÇÕES UNIDAS, 2015; RONSMANS et al., 2010)

Além dos riscos à saúde, existem outros reveses relacionados às gestações, principalmente àquelas não planejadas. Estudos demonstraram que mulheres de estratos sociais inferiores engravidam mais precocemente, casam-se e abandonam a escola mais cedo, ocasionando o aumento da taxa de fecundidade desse grupo, piorando os índices de saúde dessas mulheres (CHANNOM; FALKINGHAM; MATHEUS, 2010; MALARCHER, 2010; ZHANG; LOCKE, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) ressalta a carga sobre as mulheres derivada do cuidado dos dependentes da família. A maternidade, quando planejada e desejada, é o trabalho que mais produz benefícios à sociedade, porém penaliza as mulheres no mercado de trabalho. Mulheres com filhos apresentam redução do Índice de Acesso ao Trabalho (relativo à disponibilidade, à remuneração e ao posto de trabalho). O oposto se dá com os homens, caracterizando os conceitos de “penalidade pela maternidade” e “premiação pela paternidade” (CARVALHO; BARROS; FRANCO, 2003; ENGLAND et al., 2016; GUIGINSKI, JANAÍNA T, WAJNMAN, 2016; OIT, 2009; WALDFOGEL, 1998).

A precarização nas condições do trabalho da mulher aumenta o nível de pobreza das famílias, com repercussões sobre a saúde sexual e reprodutiva. Na pobreza, as mulheres estão mais sujeitas à violência doméstica, têm menor possibilidade de procurar cuidados de saúde, apresentam menor acesso a métodos contraceptivos, mais gestações precoces e não desejadas, além de menor sobrevivência. Famílias mais numerosas investem menos na educação dos filhos, e o menor intervalo entre gestações aumenta a morbimortalidade infantil (CANNING; SCHULTZ, 2012; CHANNOM; FALKINGHAM; MATHEUS, 2010; MALARCHER, 2010).

As conferências internacionais a respeito do desenvolvimento de populações da ONU trouxeram diretrizes aos países sobre como garantir os DSR a todos. As Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento (ICPD, em inglês) desde Budapeste, em 1974, até o Cairo, em 1994, transformaram o discurso referente ao planejamento familiar, de medidas de controle de natalidade, para ser reconhecido como um tópico fundamental das políticas públicas em respeito aos direitos humanos (PIZZAROSSA; PEREHUDOFF, 2017).

Em 1995, na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, é reafirmada a importância dos DSR e da promoção deste direito por meio de ações primordiais das políticas estatais, nas quais prevê-se a capacitação dos cidadãos para o planejamento familiar como indispensável para a melhoria da saúde e das condições de vida(O.N.U, 1995).

Em 2000, o 5º objetivo de desenvolvimento do milênio trata da melhoria da saúde materna, enfocando a melhoria do acesso ao planejamento familiar como instrumento para o desenvolvimento do planeta. A taxa mundial do uso de contraceptivos modernos aumentou de 55% das mulheres entre 15 e 49 anos, em 1990, para 64%, em 2015. Entretanto, 12% das mulheres casadas, que querem adiar a maternidade, ainda não usufruem de métodos contraceptivos (NAÇÕES UNIDAS, 2015b).

Na plataforma de ações até 2030, os objetivos 3.7 e 5.6 reafirmam a necessidade da garantia do acesso universal aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar (NAÇÕES UNIDAS, 2015a). Starbird, Norton e Marcus (2016) relatam que o planejamento familiar influencia o desenvolvimento sustentável, não apenas no objetivo relacionado à equidade de gênero, mas também no desenvolvimento das pessoas, do planeta, da prosperidade, da paz e do companheirismo. Além disso, afirmam que, sem acessibilidade ao planejamento familiar e aos direitos sexuais, o impacto e a eficácia de qualquer outra ação ao desenvolvimento sustentável será menor, mais demorado e custando mais caro (STARBIRD; NORTON; MARCUS, 2016).

Historicamente, no Brasil, o planejamento familiar era de responsabilidade de especialidades médicas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e após 1977, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para os usuários segurados e por instituições que atuavam no país, de forma



filantrópica, direcionadas para a população carente. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações relacionadas à sexualidade e à reprodução integra todos os níveis de atenção à saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de entrada e ordenadora do processo (MENDES, 2010; PIZZAROSSA; PEREHUDOFF, 2017).

A Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF) foi criada em 2007 com o objetivo de ampliar a acessibilidade ao planejamento familiar a todos os brasileiros em idade fértil, através do aumento da oferta de métodos contraceptivos em todos os municípios brasileiros, da ampliação da gama de métodos oferecidos, incluindo contraceptivo emergencial e o DIU, da oferta dos contraceptivos nas farmácias com subsídio do governo, através do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, ampliando a acessibilidade à esterilização cirúrgica e fortalecendo ações relacionadas à educação sexual e reprodutiva. O acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, além da orientação correta para seu uso são itens essenciais dos direitos sexuais e reprodutivos (DINIZ et al., 2017).

Os contraceptivos orais combinados (COC) são utilizados pela maioria das mulheres brasileiras, porém observam-se diferenças na acessibilidade e na utilização entre as diferentes regiões do país. Mulheres, entre 15 e 29 anos, que utilizam os COC, obtiveram os medicamentos por meio de desembolso direto, sugerindo lacunas de acessibilidade nas políticas públicas, com iniquidades regionais (FARIAS et al., 2016). O Brasil é um dos 17 países da América latina em que o uso de contraceptivos de longa ação são utilizado por menos de 10% das mulheres (PONCE DE LEON et al., 2019).

Uma das consequências das iniquidades encontradas no Brasil, observa-se importante número de mulheres que recorrem ao abortamento clandestino como forma de evitar a gravidez indesejada. Diniz e Medeiros (2010) descreveram o panorama do aborto inseguro no país e demonstraram que 1 a cada 5 mulheres aos 40 anos já realizaram pelo menos um aborto inseguro, sendo que apenas metade delas utilizaram o método considerado mais seguro (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Embora as políticas públicas tendam enfocar a acessibilidade de contraceptivos orais, os DSR deveriam apresentar maior amplitude, traduzindo-se em instrumento de empoderamento social, econômico e de saúde, devendo ser reconhecido como direito

e não como instrumento medicamentoso para controle da reprodução (SCHNEIDER; GILSON, 2006).

A PNPf aparece como mais uma estratégia de ampliar o acesso universal e igualitário aos métodos contraceptivos. Porém, pelo exposto acima, percebe-se que as mulheres enfrentam barreiras para a contemplação deste direito previsto na Lei 9263/96. Portanto, o objetivo deste trabalho é a análise preliminar da PNPf, utilizando-se o esquema proposto por Cecília Mengo (2015), e avaliar a percepção dos profissionais de APS a respeito da implementação desta política em Joinville/SC, para melhor entendimento da origem destas barreiras, contribuindo, desta forma, para a melhoria das ações relacionadas ao planejamento familiar neste município.

## 2. INTERDISCIPLINARIDADE E MEIO AMBIENTE

Conforme a construção da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986):

“Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde. O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis a todos os habitantes território nacional.”

Desta forma, entende-se que a intersectorialidade está inerente no objetivo da garantia de direitos, pois nenhum trabalho poderá ser realizado sem a ação combinada dos serviços de saúde e outros, tais como legislativo, educação e serviço social. Este trabalho possibilita que os serviços utilizem seus dados para subsidiar modificações na abordagem sobre o tema e no fortalecimento das políticas.

A melhoria da qualidade de vida dos indivíduos reflete em melhorias no seu entorno. A garantia do direito ao planejamento familiar promove a redução da pobreza e das iniquidades, diminuindo a carga de adoecimento dos indivíduos, favorecendo o uso racional dos serviços de saúde e diminuindo os gastos em saúde para os indivíduos (SCHIVONE; BLUMENTHAL, 2016). Essa diminuição da utilização dos serviços de saúde diminui o impacto ao meio ambiente, pois menos material é descartado.

Com a melhoria do planejamento familiar, diminui-se o impacto do crescimento populacional no globo, mantendo a sustentabilidade das cidades, diminuindo o uso de recursos hídricos e sanitários, reduzindo o desmatamento, entre outros. Promover a melhoria do planejamento familiar aumenta a capacidade de crescimento e desenvolvimento econômico das famílias e da sociedade como um todo, contribuindo para a manutenção da paz entre os povos e garantindo a parceria para o desenvolvimento sustentável do planeta (STARBIRD; NORTON; MARCUS, 2016).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a implementação da Política Nacional de Planejamento Familiar no contexto da Atenção Primária à Saúde em Joinville/SC.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a Política Nacional de Planejamento Familiar através do instrumento proposto por Cecília Mengo para análise de políticas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Descrever as ações e protocolos desenvolvidos no município de Joinville relacionados à implantação da Política Nacional de Planejamento familiar;
- Avaliar a percepção dos profissionais quanto às ações relacionadas ao planejamento familiar na Atenção Primária à saúde em Joinville.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Histórico do Planejamento Familiar no Brasil**

No início do século XX, o Brasil apresentava alta taxa de mortalidade devido a doenças infecciosas, de tal forma que, mesmo que houvesse aumento da natalidade, não seria suficiente para impactar no tamanho da população. A economia organizava-se em torno da agricultura, o que exigia famílias numerosas para garantir a sua subsistência. A saúde aparece como uma questão social apenas entre os anos 20 e 30 do século passado, pois, com a expansão econômica e com crescimento das cidades sem planejamento sanitário, as doenças infectocontagiosas tornam-se um problema político (BUGLIONE, 2002; COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Entre os anos 30 e 50, surgem os movimentos feministas na Europa e Estados Unidos. Esses movimentos não encontram espaço no Brasil, pois, com uma elevada taxa de mortalidade materno-infantil e, devido às pressões por mão de obra para alavancar o desenvolvimento industrial, o governo adota uma postura pró-natalista (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; FREITAS et al., 2009). Neste cenário, ocorre o desenvolvimento de políticas que visam melhorar as condições sanitárias, permitindo às mulheres a gestação de crianças saudáveis. Nesse sentido, melhorar o pré-natal e voltar a educação para questões de boa moral e higiene, instrumentalizavam as mães em sua função de formar bons cidadãos à nação (CASSIANO et al., 2014).

Nos anos 50, surge o Programa Materno-Infantil (PMI) com intuito de diminuir a mortalidade materno-infantil, porém, limitando-se apenas ao cuidado das mulheres no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004). A partir dos anos 60, o Brasil passa por uma transição demográfica, onde a taxa de natalidade supera a taxa de mortalidade devido às melhorias sanitárias do país. Com isso, crescem as preocupações com o esgotamento de recursos naturais (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000; FREITAS et al., 2009).

Na década de 60, em decorrência da dependência econômica do capital internacional, o Brasil permitia a ação de entidades internacionais, que visavam o controle de natalidade de países em desenvolvimento. O Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) foi uma dessas organizações, que promoveu o acesso gratuito a

anticoncepcionais. Embora o governo militar tenha considerado como um bem social, o programa proposto pela BEMFAM apresentou baixo impacto nos indicadores de saúde materno-infantil, não apresentando uma estratégia integral de cuidado, sendo fragmentado, verticalizado e desarticulado (FERNANDES et al., 2017).

Como resposta à Conferência Mundial de População de 1974, o governo lança, em 1975, o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), sendo direcionado principalmente aos mais pobres, com uma prática médica mais voltada às questões curativas que preventivas. Uma das ações previstas era a orientação, de forma discreta, do planejamento familiar às mulheres que já tinham muitos filhos, e influenciar a educação de jovens, na tentativa de modificar o seu modo de vida e sua situação econômica (CASSIANO et al., 2014; FARAH, 2004; OSIS, 1998).

O PSMI também é marcado como promotor da Cesariana, ou parto cirúrgico, seguida de Laqueadura Tubária (LT), como métodos preferenciais para o controle de natalidade, justificando que a limitação do crescimento populacional seria a única forma de melhorar as condições de saúde do país. O programa reduziu a taxa de fecundidade média de 6,2 filhos/mulher, em 1950, para 4,2 filhos/mulher, em 1980 (CASSIANO et al., 2014).

No início dos anos 80, no Brasil, os programas de saúde materno-infantil buscavam intervir na saúde da mulher com o intuito de garantir o nascimento de filhos saudáveis e de controle de natalidade. Esses programas despertavam críticas por parte dos movimentos feministas, que lutavam contra a desigualdade de gêneros e a violência das esterilizações em massa (CASSIANO et al., 2014). Em 1983, o movimento das mulheres intervém no debate a respeito do planejamento familiar, promovendo o surgimento do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o primeiro com abordagem ampliada, abrangendo a contracepção e considerando as questões clínico-ginecológicas e educativas, incluindo a formação e capacitação dos profissionais de saúde (OSIS, 1998).

Este programa representou uma mudança importante de paradigmas e foi pioneiro, pois incorporou, em seus princípios, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, significando um passo importante em direção aos princípios da saúde reprodutiva. O programa teve apoio dos grupos feministas, que o consideravam suficiente para a época, pois também abrangeu questões de câncer de colo uterino e de mama, além de aspectos psicológicos e sociais. Ao ser lançado, o PAISM foi alvo

de críticas, principalmente dos atores sociais ligados ao BEMFAM, envolvendo a não abrangência dos homens e a manutenção do foco e responsabilidade do planejamento da prole sobre as mulheres. Embora sua implementação não tenha sido disseminada no país, contribuiu com o debate da redemocratização e da reforma sanitária brasileira (FERNANDES et al., 2017; OSIS, 1998).

Nesse processo, incluiu-se, na agenda política, a discussão sobre as desigualdades de gênero. Durante o processo da Constituinte de 1988, o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres definiu a pauta de demandas a serem incluídas na nova Constituição (FARAH, 2002). Embora a bancada feminista fosse pequena, obteve importante vitória, aprovando propostas coerentes com as ideias emancipatórias de várias forças políticas, incluindo o reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres, com a proibição de qualquer tipo de discriminação, e o reconhecimento do direito ao planejamento familiar, com veto às medidas coercitivas de controle de natalidade (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009).

#### **4.2 Arcabouço legal**

No Brasil, os Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) estão incluídos no reconhecimento da saúde e da maternidade como direitos sociais na Constituição Federal de 1988 (Artigo 6º), relacionados à dignidade humana. O acesso aos serviços relacionados aos DSR deve ser universal, equânime e integral (Artigo 196).

No parágrafo VII, do artigo 226, a constituição declara a responsabilidade do Estado pelo planejamento familiar:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988).

O Planejamento Familiar também encontra respaldo jurídico em nível infraconstitucional, no Código Civil Brasileiro:

Art. 1.565, § 2º:

“O planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e financeiros para o exercício desse direito, vedado qualquer tipo de coerção por parte de instituições privadas ou públicas” (BRASIL et al., 2016).

A nova constituição abriu caminho para os avanços dos direitos reprodutivos e sexuais dos anos 90. Em 1991, nasce a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Entre as bandeiras de luta, está a participação feminina no Controle Social da Saúde e a defesa de que o aborto é uma decisão das mulheres. Em 1993, como consequência das lutas feministas, foi instalada no Congresso Nacional a Comissão Permanente de Inquérito (CPI) que investigaria a esterilização massiva das mulheres brasileiras nas décadas anteriores (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Em 1994, tramitou no Senado Federal o projeto de lei do Planejamento Familiar, regulamentando o artigo 226 da Constituição. A Lei do Planejamento Familiar é aprovada em janeiro de 1996, sob o número 9.263/1996, reforçando que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, além de tratar das técnicas e das penalidades ao observar o não cumprimento da Lei. No artigo 2º estabelece:

“Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar 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.

Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico” (BRASIL et al., 1996).

No seu artigo 3º, parágrafo único e inciso I, define que a assistência à concepção e à contracepção deve ser prestada pelo SUS, e cita os métodos e técnicas para a mencionada assistência. No Artigo 4º são orientadas as ações preventivas e educativas com relação ao planejamento familiar, assim como a da garantia de acesso igualitário a informação, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL et al., 1996; RAMOS, 2015).

No artigo 5º, fica estabelecido que:



“É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar” (BRASIL, 1996).

O artigo 9º indica que:

“Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (BRASIL, 1996).

#### **4.3 Políticas públicas, necessidades e acesso**

Políticas públicas podem ser entendidas como ações do Estado, orientadas por determinados objetivos, para resolver conflitos relacionados a bens públicos e a problemas coletivos. As políticas públicas são a tradução das decisões políticas que consideram os recursos de autoridade e os interesses sociais. Na elaboração das políticas no campo da saúde, é comum que formuladores e gestores utilizem a sua visão de necessidades de saúde. Os interesses emanados pelos governos, na maioria das democracias, são representados por seus técnicos, enquanto os interesses sociais são traduzidos pelos representantes políticos (BRADSHAW, 1972; FARAH, 2004; RUA, 2009).

Para Willard (1982), necessidades sociais são meios utilizados para alcançar fins considerados valiosos, nos quais se atribui valores aos objetivos que se almeja. Portanto, quando se fala de necessidades, faz-se referência à valorização dada pelos atores envolvidos (usuários, prescritores e gestores). Compreender necessidades de saúde, considerando sua natureza moral, ajuda a interpretar as atitudes e decisões tomadas por médicos e pacientes (VARGAS-PELÁEZ et al., 2017; WILLARD, 1982).

Para Bradshaw (1972), o conceito de necessidade deve ser apreciado a partir de quatro dimensões: a necessidade normativa, aquela percebida pelos técnicos responsáveis pela ação que se deseja; a necessidade sentida, aquela percebida pelas pessoas a quem o serviço está destinado; a necessidade demandada, aquela expressa pela população, efetivamente levadas às esferas produtoras do cuidado; a necessidade comparativa, que refere-se à defasagem de cuidados e serviços de

saúde que uma população tem em relação a outra semelhante. Cada classe de necessidade é influenciada por questões sociais, políticas e econômicas (BRADSHAW, 1972; VARGAS-PELÁEZ et al., 2017).

Políticas públicas podem ser chamadas de “o Estado em ação”, enquanto um programa de governo pode ser considerado como um desdobramento da política pública, possuindo recursos e objetivos específicos. Políticas envolvem várias decisões estrategicamente selecionadas, sujeitas ao juízo de valor dos atores envolvidos. Elas têm caráter imperativo, ou seja, são soberanas, e suas decisões são expressas em forma de decretos e resoluções (FARAH, 2004; REIS, 1989; RUA, 2009).

As políticas públicas visam a modificação de comportamento, seja do serviço, do profissional ou dos usuários, e permitem o acesso aos bens e serviços, aos quais os cidadãos têm direitos. Acesso é um fenômeno fundamental para os direitos relacionados à saúde. Andersen e Davidson (2007) classificam acesso como um comportamento do indivíduo. O acesso aos serviços e aos insumos de saúde constituem a utilização, enquanto a acessibilidade é uma característica associada à capacidade dos serviços e dos insumos em produzir desfechos relevantes.

A acessibilidade é um atributo dos serviços e dos insumos, influenciada por aspectos geográficos e socio-organizacionais. As formalidades inerentes à organização dos serviços de saúde, por meio das quais usuários e profissionais interagem, são consideradas regras de acessibilidade (ADAY; ANDERSEN, 1974; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; BONATI; SAMARATI, 2000; DONABEDIAN, 1973). Assim, enquanto acesso refere-se ao uso dos bens e serviços, acessibilidade envolve características que ampliam a capacidade do usuário acessar os meios necessários para produzir os desfechos de saúde valiosos (SOARES, 2013).

Segundo Penchansky e Thomas (1981), a acessibilidade envolve a disponibilidade, que é a relação entre a quantidade de serviço ofertado e a população para quem se oferta; a acessibilidade geográfica é o local onde os serviços se encontram em relação a quem busca por eles; a adequação constitui a maneira como o serviço está estruturado e como a população se adequa para acessar; a capacidade de pagamento é a relação entre o preço do serviço e como o usuário é capaz de custeá-los; e a aceitabilidade define a capacidade de usuários e provedores de se

aceitarem mutuamente, no que diz respeito às suas capacidades (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Os programas de saúde devem levar em consideração as disparidades de acesso e de acessibilidade dos serviços de saúde, pois são indicadores da capacidade do sistema. Se um programa de saúde consegue promover a utilização dos serviços com equidade, pode-se assumir esse resultado como um marcador de sucesso do programa (MALARCHER, 2010).

O acesso refere-se ao uso de serviços providos por profissionais com base em diretrizes emanadas de uma política pública. Para entender a relação entre as ações dos profissionais e as políticas de saúde, deve-se considerar que, se por um lado as políticas públicas são, muitas vezes, incompreensíveis aos profissionais, por outro, nem sempre as políticas levam em conta subjetividades ou autonomia dos que irão colocá-las em prática (COLOMBINI et al., 2018).

#### **4.4 Análise Política**

As políticas são formuladas em realidades multifacetadas. Reconhecer os diferentes aspectos, assim como suas interações, permite compreender os processos políticos, suas implicações e, principalmente, sua coerência com o meio onde será aplicada. Essa análise determina se a política terá impacto na realidade, ou seja, se é realista, necessária ou suficiente (ARAÚJO JR; MACIEL FILHO, 2001).

Ao analisar uma política, deseja-se compreender como decisões foram tomadas e quais fatores as influenciaram. Segundo Walt e colaboradores (2008), análise política é uma abordagem multidisciplinar com objetivo de explicar as interações entre as instituições, seus interesses e ideias, no processo político. Segundo as mesmas autoras, a análise pode ser tanto retrospectiva, o que auxilia o entendimento das falhas do processo, quanto prospectiva, que auxilia na tomada de decisão de novas políticas (WALT et al., 2008).

Para a análise política, diversos autores propõem esquemas que auxiliam na organização das informações, mas não servem para predizer os desfechos da política em si. Alguns dos esquemas focam mais no processo político que no contexto ou mesmo no poder de modificação desse contexto pelos atores envolvidos. Mas, mesmo com a sua devida importância, análises políticas são negligenciadas, principalmente

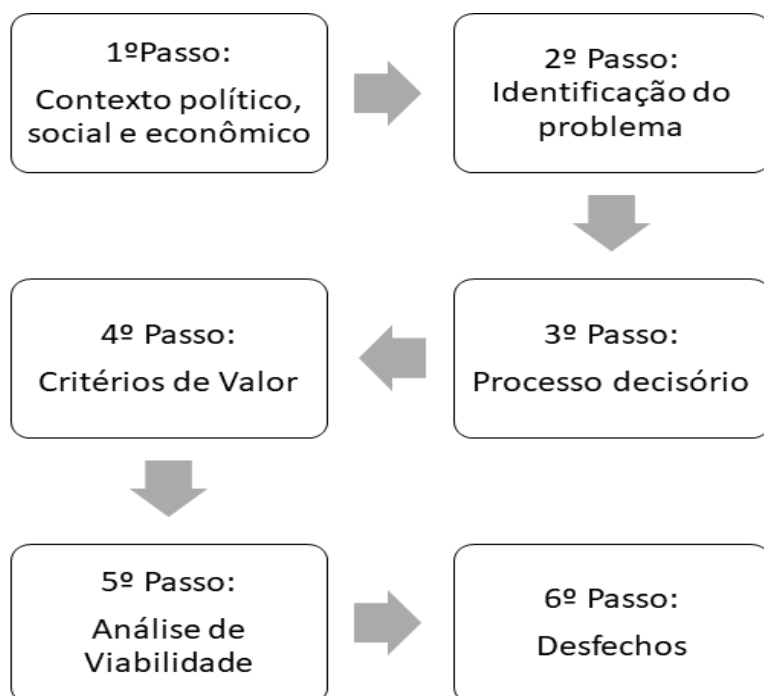
em países em desenvolvimento, seja pelos políticos que participam das arenas políticas ou por pesquisadores, que podem levar dados para as disputas decisórias (WALT et al., 2008; WALT; GILSON, 1994).

Mais recentemente, Cecília Mengo (2015), propôs uma abordagem que combina diversos modelos de análise de política pública. O modelo híbrido permite que se integre diferentes conteúdos na mesma análise, permitindo dar maior foco àqueles mais importantes, relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos. Conforme Buse (2008) e Walt e colaboradores (2008), a associação de métodos de análise proporcionam um resultado mais sólido e abrangente. No modelo híbrido, a autora descreve o papel de cada elemento da política e seus desfechos (BUSE, 2008; MENGO; EUSEBIUS, 2015; WALT et al., 2008).

Este modelo foi descrito para análises de políticas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, subentendendo-se que se tratam de direitos e não privilégios. O modelo foi utilizado pelos autores para avaliação da implantação das ações do programa americano para desenvolvimento global de direitos sexuais e reprodutivos. Segundo os autores, o modelo poderá ser utilizado para avaliação do processo político e sua implementação, relacionado a qualquer fenômeno social e em qualquer cenário (MENGO; EUSEBIUS, 2015)

Na figura abaixo, está representado o esquema para análise política de Cecília Mengo e, no quadro 1, apresenta-se a descrição dos elementos propostos para a análise.

Figura 1: Esquema proposto por Cecilia Mengo para análise política



Fonte: (MENGO; EUSEBIUS, 2015) (**adaptada** pela autora)

Quadro 1: Elementos da Análise de Políticas Públicas elaborado por Mengo e Euzébios

Análise de contexto (COLLUMBIEN et al., 2012; HARDEE et al., 2004; SHIFFMAN; SMITH, 2007)	Situação no momento da criação da política. Abrange contexto demográfico, econômico e social. Sofre influência dos atores envolvidos e, por sua vez, influência o desfecho.	
Identificação do problema (SHIFFMAN; SMITH, 2007)	Depende do poder dos atores em tornar uma situação em merecedora de soluções. Muitas vezes ocorre na chamada janela de oportunidade, ou seja, no momento em que algum fato modifica a situação e a torna visível a todos. Depende de uma estrutura de governo organizada e coerente com a legislação e com normas internacionais.	
Processo decisório (BIRKLAND, 2015)	Definição da agenda	Processo para definição quais os problemas são analisados e se define quais as soluções possíveis. Deve ser uma construção coletiva, sendo que seu produto pode ser fruto desta coletividade ou elitista, quando a solução emerge de grupos dominantes.
	Poder dos atores	O reconhecimento do poder de cada ator envolvido no processo decisório. Muitos atores podem influenciar nas tomadas de decisão através de dados técnicos ou mesmo influência política ou econômica.
	Processo de decisão	Poderá ser racional, que utilizaria todo conhecimento técnico disponível para a escolha da lista de ações para a solução, ou incremental, que

		modifica aos poucos o <i>status quo</i> , de forma a agradar todos os atores envolvidos. A maioria das políticas são pensadas de forma incremental, para que se consiga aprovação de todas as frentes políticas e todos os interesses.
	Objetivos da política:	Precisam ser condizentes com o problema alocado e com o contexto local e histórico. Precisa ser claro para quem está direcionado e de quem se espera a modificação do comportamento.
	Implementação da política	Como foi planejada a implementação das ações e em qual nível iniciaria a implementação.
Análise de gênero (MCPHAIL, 2003)		Mesmo que não se destine a um gênero específico, se este aspecto não for analisado, não se pode avaliar se a política favoreceu a todos indistintamente. Sugere que sejam realizadas uma série de perguntas à política, tais como: existem valores feministas? há relação do gênero com o estado e mercado? apresenta interseccionalidade? trabalha a equidade? prevê algum tratamento especial às mulheres ou trata a questão de gênero como neutra? prevê a análise do contexto das mulheres dentro da política? a linguagem prevê alguma dominância masculina ou neutralidade feminina? pode ser considerada uma proposta de mudança real, ou apenas uma política simbólica? prevê mudanças de papéis ou não? Há relação de poder?
Análise de viabilidade (CHAMBERS; BONK, 2013)	Custo-efetividade	Quais recursos necessários, quem aloca os recursos, sejam financeiros, físicos, humanos ou técnicos.
	Elegibilidade	Quem será beneficiado e como se dará a escolha;
	Financiamento	Qual o nível de financiamento e de onde serão alocados.
	Plano de implementação	Diretrizes para a política. Devem estar alinhadas aos objetivos para que sejam factíveis.
Desfechos (CHAMBERS; BONK, 2013)	Efetividade	Análise da facilitação ao acesso a insumos ou serviços previstos no programa da política, através de sistemas de monitoramento
	Consequências indesejadas	Quando não houve efetividade ou quando o impacto não ocorre conforme planejado.

Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.4.1 Análise do contexto

A descrição do contexto é a análise da situação no momento da elaboração da política. O contexto influencia diretamente o poder decisório e o apoio dos diferentes atores nas causas. Além disso, o desfecho é diretamente influenciado por esse contexto (COLLUMBIEN et al., 2012; HARDEE et al., 2004; SHIFFMAN; SMITH, 2007).

#### 4.4.2 Identificação do problema

A identificação do problema depende de quem está envolvido na causa e seu poder em transformar a situação em merecedora de alguma solução. A identificação, muitas vezes, ocorre na chamada janela de oportunidades, que é um momento

favorável ao alinhamento de ideias, pois sensibiliza os tomadores de decisões. Podem ser desde catástrofes até fóruns mundiais, onde governantes assumem compromissos perante a comunidade internacional. Porém, necessita uma estrutura global de governo tenha normas e valores coerentes com as leis e com os tratados internacionais, além de certa estabilidade na escolha de prioridades e na capacidade de coordenação (SHIFFMAN; SMITH, 2007). Para definição do problema, necessário é entender as suas causas, suas consequências, e quais os desfechos para cada decisão a ser tomada.

#### 4.4.3 Processo decisório

##### 4.4.3.1 Definição de agenda

Processo em que problemas ganham a atenção, sendo reconhecidos como merecedores de soluções. Sempre é uma construção coletiva, pois seria impossível que um indivíduo, grupo ou instituição, pudesse propor todas as soluções, por vezes, bastante complexas. A agenda poderá ser pluralista, onde vários grupos trabalham e as possíveis soluções emergem da construção conjunta, ou poderá ser elitista, onde a política emerge de decisões tomadas pela classe dominante; institucional, onde existem listas de ações consideradas como prioritárias ao governo e legisladores (BIRKLAND, 2015).

O processo de escolha do item que merece ação chama-se agenda decisória. Neste ponto pode haver tensão entre os grupos que assumem essa bandeira e os grupos que não gostariam que o tema fosse votado ou que fossem elencados recursos para a ação. Para que compreenda determinada política, é fundamental o reconhecimento do processo de construção da agenda e quais os instrumentos utilizados, se foram coercivos, persuasivos ou explanatórios (BIRKLAND, 2015).

##### 4.4.3.2 Poder dos atores

Há a necessidade de reconhecer o poder de cada ator no processo decisório, pois o impacto de cada um pode influenciar no sucesso da política. Não basta boa retórica ou argumentos técnicos, é necessária a capacidade de formar coalisões para

aumentar a representatividade. Monopólios políticos podem manter, por anos, determinado problema longe das agendas decisórias e dificilmente problemas elencados por minorias ganham espaço na agenda decisória se não se tornarem prevalentes o suficiente (BIRKLAND, 2015).

Muitas vezes, instituições e pessoas podem influenciar os decisores com dados técnicos e epidemiológicos. Ao analisar a política, é fundamental reconhecer o poder desses influenciadores, pois, se quem toma decisões não levar em conta esses dados, a política pode se tornar inexecuível e irreal (BIRKLAND, 2015).

#### 4.4.3.3 Processo de decisão

O processo de decisão pode ser racional ou incremental. O processo racional seria o ideal, pois utilizaria todo conhecimento disponível para elencar o problema e as melhores ações para resolvê-los. Dificilmente decisões racionais são alcançadas, pois os grupos podem ser opositores nas ações propostas a cada problema elencado. Muitas vezes, a política é mantida ambígua para que agrade a todos e seja prontamente legislada, deixando, a critério do implementador, a decisão a ser tomada. Já, nas decisões incrementais, as mudanças ocorrem através de ajustes em políticas já existentes, ao invés de provocarem grandes mudanças. Dessa forma, é possível corrigir decisões tomadas anteriormente e que não possibilitaram atingir os objetivos (BIRKLAND, 2015).

#### 4.4.3.4 Objetivos da Política

Os objetivos da política são as soluções das demandas que suscitaram a política e, por isso, precisam ser condizentes com o problema elencado, o contexto local e histórico e com as necessidades da população a quem a política se designa. Precisa estar claro a quem se destina a política, de quem se espera a mudança do comportamento e se a população alvo participou do processo de decisão. É passo essencial para análise do desfecho da política. Por mais amplos que sejam, precisam trazer as diretrizes para atingi-los e os indicadores para avaliação do desfecho (BIRKLAND, 2015). Precisa estar claro se o objetivo é solucionar o problema, aliviar ou evitar maior dano.



#### 4.4.3.5 Implementação da política

Como foi planejada a implementação, quem seria responsável pelo alinhamento e, se sua implementação seria a partir do nível hierárquico mais alto para o mais baixo ou implementado primeiro nas bases e depois como um todo (BIRKLAND, 2015).

#### 4.4.3.6 Análise de gênero

Ao entender que, em políticas voltadas a eventos sociais, sempre há subjetividade nas decisões, fazendo-se necessária a análise de gênero, pois, do contrário, estaria incompleta. McPhail (2003) sugere uma série de perguntas a serem respondidas durante a análise da política, relacionadas a existência de valores feministas, a relação do gênero com o estado e mercado, se a política apresenta interseccionalidade, se trabalha a equidade, se prevê algum tratamento especial às mulheres ou trata a questão de gênero como neutra. Também prevê a análise do contexto das mulheres dentro da política, a linguagem, se pode ser considerada uma proposta de mudança real, ou apenas uma política simbólica, ou seja, se prevê mudanças de papéis. Sugere análise das relações de poder. Mesmo que a política não esteja direcionada a um gênero específico, analisar gênero possibilita reconhecer quais as mudanças necessárias para que a política valorize todas as pessoas, questionando relações de poder, oportunizando posições igualitárias (MCPHAIL, 2003).

#### 4.4.4 Análise de viabilidade

A viabilidade é interpretada por meio das dimensões apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Dimensões da análise de viabilidade

<b>Dimensão</b>	<b>Definição</b>
Custo-efetividade	Análise dos recursos necessários, custos e alocação desses recursos, sejam financeiros, físicos, humanos ou técnicos. Análise de custo necessário de investimento para atingir os objetivos (CHAMBERS; BONK, 2013).
Elegibilidade	Analisar quem são os indivíduos beneficiados pela política e quais os critérios para essa escolha (CHAMBERS E BONK, 2013).
Financiamento	Analisar o nível de financiamento necessário e de onde serão alocados os recursos necessários para a plena implementação (CHAMBERS E BONK, 2013).
Plano de Implementação	Os planos de implementação são as diretrizes para que a política se concretize. Os programas de governo são passos importantes para a realização da política, desde que estejam alinhados ao contexto de onde será implementado, sob o risco de se tornarem impraticáveis (CHAMBERS E BONK, 2013).

#### 4.4.5 Desfechos

Para analisar a efetividade de uma política voltada a saúde e ao direito reprodutivo, é necessário avaliar facilitação ao acesso a insumos ou serviços previstos no programa da política, através de sistemas de monitoramento adequados e condizentes com o contexto (CHAMBERS E BONK, 2013).

As consequências indesejadas referem-se à diminuição ou anulação da efetividade de um objetivo. Também ocorre quando o impacto de uma política não ocorre conforme projetado nos objetivos (CHAMBERS E BONK, 2013).

### 4.5 Município de Joinville

Joinville encontra-se no norte do estado de Santa Catarina sendo o maior município deste estado do sul do Brasil. É considerado desenvolvido, com um dos maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, com população predominantemente urbana, sendo a maior parte da população formada por adultos jovens. Segundo *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada de Joinville em 2018 é de mais de 580 mil habitantes. Em 2013, a mortalidade materna era de 10,5 a cada 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade

infantil é de 7,87 a cada 1000 nascidos vivos, a taxa de fecundidade é de 1,8 filhos por mulher (IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Joinville possui 64 Unidades de Saúde distribuídas em 3 distritos, 3 Unidades de Pronto Atendimento, ambulatórios de especialidades, incluindo CAPS 2 e 3, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação (Centrinho) e Núcleo de Atendimento Integral ao paciente Especiais. além de 1 Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Das 64 unidades, 57 são Unidades Básicas de Saúde, sendo 41 no modelo de saúde da família. Em janeiro de 2018, o município contava com 171 Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando uma cobertura 52% no modelo de saúde da família.

## **5.1 METODOLOGIA**

O presente trabalho foi realizado em 2 etapas, sendo a primeira com a análise preliminar da Política Nacional de Planejamento Familiar e dos programas relacionados a ela no município de Joinville/SC e a segunda parte, para análise de desfecho da política, com entrevistas com os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Joinville/SC.

### **5.1 Análise da Política**

Realizou-se a coleta de informações relacionadas a todas as políticas públicas nacionais voltadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, através de sites do Ministério da Saúde e seus materiais informativos. Após uma análise preliminar das políticas públicas relacionadas aos DSR, selecionou-se a Política Nacional de Planejamento Familiar para aprofundar a análise, pelo grande impacto na saúde dos indivíduos e da sociedade que a falta da sua implementação pode causar.

A pesquisa foi realizada em páginas da *WEB* das entidades encarregadas da administração de recursos e articulação do sistema de saúde para o desenvolvimento das políticas públicas. Além disso, para caracterização de contexto, foram consultadas as bases de dados PubMed, Lilacs, Scielo e Google Acadêmico para a revisão de artigos publicados relacionados à política, utilizando-se os termos chaves em inglês, espanhol e português: Política pública, política pública de saúde, política de saúde, análise de política pública, direito reprodutivo, saúde reprodutiva, planejamento familiar, planejamento reprodutivo. Para a avaliação preliminar da Política Nacional de Planejamento Familiar, empregou-se o modelo híbrido elaborado por Mengo e Eusébios (2015). (MENGO; EUSEBIUS, 2015).

### **5.2 Planejamento Familiar em Joinville/SC**

Para a avaliação dos programas relacionados ao planejamento familiar em Joinville/SC e determinar seus objetivos diretrizes, instrumentos e desfechos

esperados, foram feitas buscas na página de *Web* oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville/SC, além das buscas em protocolos do município.

### 5.3 Análise da Perspectiva dos profissionais

Trata-se de um estudo analítico-descritivo, de abordagem qualitativa, com amostra aleatória, que, segundo Bauer e Gaskell (2002), é a que melhor se adequa a estudos qualitativos. Para este estudo, a seleção de profissionais médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária à saúde foi realizada pelo método de diversificação, utilizando, como referencial, a listagem do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das Unidades de Saúde da Família de Joinville/SC de janeiro/2018.

#### 5.3.1. Amostra:

A descrição da seleção da amostra encontra-se no quadro 3:

Quadro 3: Seleção da amostra

Amostra	
Seleção	Método de diversificação, através da fórmula de escolha aleatória do programa Excel, utilizando como base a listagem dos profissionais que atuavam na ESF de Joinville em janeiro de 2018;
Inclusão	Médicos e Enfermeiros da ESF de Joinville/SC em janeiro de 2018, que fossem brasileiros e não trabalhassem diretamente com a pesquisadora;
Tamanho	Mínimo 15, sorteados 30;
Escolha	75% mulheres e 25% de homens, 22 mulheres e 8 homens;

#### 5.3.2. Entrevistas

Após a escolha dos profissionais, contatou-se os coordenadores de unidades onde os mesmos estavam vinculados, através da carta de apresentação (Apêndice 1), entregue em mãos aos coordenadores, e posterior envio da carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice 2) e do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Univille – CEP (Apêndice 3), via *e-mail*. Todos os coordenadores anuíram e permitiram o agendamento de horários com os profissionais.

Após autorização dos coordenadores, a pesquisadora entrou em contato com os profissionais, via *What's App*, com mensagem padrão (Apêndice 2) e após por *e-mail*, fornecido pelo profissional, onde constava a carta de apresentação do trabalho (Apêndice 3) e uma proposta de agendamento. Foram realizadas até três tentativas de contato. As entrevistas foram agendadas em local da preferência do profissional, no horário escolhido por ele, de acordo com a disponibilidade de agenda do entrevistado e da pesquisadora. Houve uma recusa formal.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 03 e 18 de abril de 2018. A pesquisadora deslocou-se até os locais de escolha para as entrevistas nos horários combinados. No primeiro momento do encontro, foi apresentado o projeto de pesquisa ao possível entrevistado, assim como a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o parecer do CEP, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4) e o Termo de Consentimento para Gravação de Voz (Apêndice 5). Neste momento foram sanadas quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa. As entrevistas iniciavam após o profissional assinar o TCLE e o termo de consentimento para gravação de voz. Foi reafirmado que não haveria nenhum constrangimento ao profissional, caso não se sentisse à vontade para participar.

Antes de cada entrevista, foram coletados dados biográficos dos entrevistados, tais como sexo, idade, formação, tempo de atuação na profissão e na unidade em que está lotado, juntamente com o código de pseudônimo (Apêndice 6). Os dados foram armazenados em planilha do Excel, para posterior avaliação de frequências. As observações de pesquisa auxiliaram a pesquisadora na análise de conteúdo das entrevistas e possíveis determinantes destas.

As entrevistas seguiram o guia de tópicos (Apêndice 7) a serem abordados. Este guia foi embasado nas linhas de competências, descritas pela OMS, que visam orientar os conhecimentos, habilidades e atitudes desejadas para que os profissionais de saúde possam prover, proteger e promover os cuidados em saúde sexual e

reprodutiva. Este documento serve como guia para os gestores em saúde orientarem suas equipes para garantir um cuidado de saúde seguro e de qualidade (OMS, 2011).

As entrevistas foram gravadas com gravador portátil, em ambiente privado. Os dados foram exportados para *notebook* e para dispositivo de armazenamento externo, sendo deletados dos aparelhos anteriores. Os dados foram transcritos integralmente, preservando a linguagem do entrevistado e omitindo vícios de linguagem. Após transcrito o conteúdo foi revisado pela pesquisadora e dois auxiliares independentes entre si, para sanar quaisquer discrepâncias.

### 5.3.3 Análise das Entrevistas

Cada entrevista foi lida e avaliada para posterior codificação. Para essa fase utilizou-se o *software* Atlas.ti (versão 6.2.28, Atlas.ti GmbH, Berlin). Os códigos foram nomeados e agrupados pela pesquisadora utilizando como base elementos teóricos propostos por Andersen e Davidson (2007), por Penchansky e Thomas (1981) e em dados sugeridos em artigos, que demonstram influenciar na implementação das políticas públicas. A codificação foi pré-definida, servindo de base para o agrupamento e comparações entre ideias, além da análise de circunstâncias que podem influenciar. Cabe ressaltar que os trechos codificados foram igualmente revisados pelos membros da equipe de pesquisa. No Quadro 4 estão listados os códigos utilizados para análise das entrevistas.

Quadro 4: Códigos utilizados na análise de entrevistas

<b>CÓDIGO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
Aceitabilidade (PENCHANSKY; THOMAS, 1981)	Relaciona a atitude dos usuários em relação ao provedor e deste com relação às atitudes do usuário. É influenciado pelo contexto em que o serviço está inserido, que é um fator capacitante de uso do serviço.	Aceitabilidade do profissional:	Profissional aceita comportamento do usuário;
		Aceitabilidade do usuário;	Usuário aceita a adequação do serviço;

Acessibilidade (SOARES, 2013)	Atributo do serviço, relacionado à capacidade de suprir a necessidade de quem acessa o serviço. Trata-se da organização do serviço para a dispensação do cuidado.	Acessibilidade facilitada	Serviço ou insumo com acessibilidade adequada ao usuário
		Acessibilidade dificultada	Serviço ou insumo sem acessibilidade adequada ao usuário;
Adequação (PENCHANSKY; THOMAS, 1981)	Relaciona como os serviços estão organizados para acolher o usuário, assim como a capacidade deste usuário se adaptar ao serviço. Podem servir como facilitadores ou barreiras ao acesso ao serviço.	Adequação facilitada	Serviço se adequa à demanda do usuário
		Adequação dificultada	Serviço não se adequa à demanda o usuário
Disponibilidade (PENCHANSKY; THOMAS, 1981)	Relação entre a quantidade de insumos contraceptivos oferecidos e a quantidade necessária para suprir a necessidade dos usuários.	Disponibilidade presente	Serviço ou insumo disponível
		Disponibilidade ausente	Serviço ou insumo não disponível
Conhecimento sobre a política (SCHRAIBER, 2012)	O profissional de saúde é um dos principais fatores de sucesso da implementação de uma política. A falta de conhecimento desta por parte do implementador é importante barreira.	Conhecimento suficiente	Conhecimento considerado suficiente pelo profissional
		Conhecimento Insuficiente	Conhecimento considerado não suficiente pelo profissional
Formação Profissional	A formação profissional influência na tomada de decisão	Formação suficiente	Formação considerada suficiente pelo profissional



(SCHRAIBER, 2012)		Formação insuficiente	Formação Considerada insuficiente pelo profissional
Preferência Profissional (KELLY et al., 2016)	O profissional pode se utilizar de seus conhecimentos, crenças e hábitos para influenciar a tomada de decisão pelo usuário	Preferência profissional	Escolha do profissional prevalece;
		Escolha do usuário	Escolha do usuário prevalece
Necessidade Percebida (DONABEDIAN, 1973)	Necessidade percebida pelo usuário e que o leva a procurar o serviço. Pode ser influenciada por crenças e pelos hábitos de cuidado em saúde.	Necessidade Percebida	Necessidade percebida pelo usuário prevalece;
Necessidade aferida (DONABEDIAN, 1973)	Necessidade reconhecida pelo profissional para a escolha do método contraceptivo	Necessidade aferida	Necessidade aferida pelo profissional prevalece;

Fonte: Elaborada pela autora

#### 5.4 Análise crítica de riscos e benefícios

Pela natureza deste trabalho, os riscos são considerados mínimos, envolvendo desconfortos em conceder alguma autorização prevista, desconforto ao conceder a entrevista, inconveniente com os agendamentos das atividades da pesquisa e, eventualmente, o fornecimento de alguma informação. Entretanto, todas as medidas foram tomadas para minimizar quaisquer riscos aos participantes, e quando for o caso, em função da livre iniciativa do participante, a desistência pode ocorrer a qualquer momento da atividade.

Como benefícios, o trabalho poderá promover o melhor entendimento das dificuldades encontradas, tanto para usuários quanto para profissionais, a respeito dos programas de planejamento reprodutivo no município de Joinville. Os resultados têm potencial para contribuir para o aprimoramento das políticas de saúde para o

planejamento reprodutivo, propostas de mudanças na organização dos serviços, com impacto sobre o processo de trabalho. Com isso, espera-se suprir os gerentes de saúde com subsídios para o fomento de melhorias na atenção ao planejamento reprodutivo, além de melhorar a equidade de gênero no atendimento à população em idade fértil em Joinville/SC.

### **5.5 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), conforme diretrizes estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e complementares, sob parecer número 2.346.134 de 24 de outubro de 2017.

Para o desenvolvimento da pesquisa, elaborou-se um termo de anuência – Autorização Institucional pelo PROGESUS, setor responsável da SMS. Toda publicação ou divulgação associada à pesquisa foi realizada sem a identificação dos participantes, mantendo-se a identidade de cada indivíduo em sigilo absoluto. Foi obtido o consentimento de todos os entrevistados incluídos na pesquisa por meio da assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico (TCLE) e do Termo de Autorização Para Uso da Voz. Todos os preceitos éticos e os requisitos dispostos na Resolução CNS 466/2012 e complementares que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil foram estritamente observados pelos pesquisadores. Não há conflitos de interesse entre os pesquisadores.

## **6 RESULTADOS**

No Brasil, existem diversas políticas públicas voltadas para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos, frutos de disputas políticas orientadas por leis e acordos internacionais assumidos. Dentre elas, a Política Nacional de Planejamento Familiar representa grande passo para melhoria da qualidade de vida da população, aumentando a capacidade de crescimento pessoal e financeiro dos indivíduos, família e sociedade como um todo. Segundo Pizzarossa e Perehudoff, o planejamento familiar não é somente instrumento de controle da concepção e sim um poderoso instrumento de empoderamento social e econômico (PIZZAROSSA; PEREHUDOFF, 2017).

### **6.1 Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF) de 2007**

A PNPF é aprovada em 2007 e tem como objetivo a ampliação da acessibilidade a métodos contraceptivos para a população em idade fértil (10-49 anos), respeitando suas necessidades e preferências, e o estímulo às ações de educação em saúde sexual e reprodutiva. Suas ações consistem na distribuição gratuita de oito métodos contraceptivos modernos nas unidades básicas de saúde; na venda de anticoncepcionais sob esquema de co-pagamento nas farmácias, através de subsídios do programa “Aqui tem Farmácia Popular”; na ampliação do acesso à esterilização cirúrgica masculina, mantendo os critérios de elegibilidade ditados pela Lei 9.263/96 e no fortalecimento de ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva através do Programa Saúde na Escola (PSE)

Os seguintes métodos contraceptivos são distribuídos: anticoncepcional injetável progestágeno (CIP), anticoncepcional injetável combinado (CIC), contraceptivo oral combinado (COC), contraceptivo oral progestágeno (COP), diafragma, Dispositivo Intrauterino (DIU), preservativo (masculino e feminino), contraceptivo de emergência. A ampliação do acesso à esterilização cirúrgica masculina ocorreu através da normatização do procedimento como ambulatorial, porém mantendo os critérios de elegibilidade do método ditado pela Lei 9.263/96 (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2009). Porém, observa-se que a PNPF não tratou da ampliação do acesso à Laqueadura Tubária (LT). Essa política pode ser

entendida como uma ampliação da Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (PNSSR), de 2005, pois manteve o que já estava disposto, apenas incrementando ações. No Quadro abaixo, observa-se o conteúdo da PNPF.

Quadro 5: Política Nacional de Planejamento Familiar

<b>POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (BRASIL, 2007)</b>				
Conteúdo	Contexto	Apresenta dados de contexto histórico, de como foi observada a necessidade da formulação da política		
	diretrizes	Ampliar a oferta de MAC para toda população, através de ações de aconselhamento, respeitando a vontade e a decisão dos pacientes. Estabelece as diretrizes para a realização da vasectomia, visando a ampliação da oferta;		
	Objetivos	Aumentar a oferta de MAC na APS	Inclusão de 8 MAC em todas as Unidades básicas de Saúde: anticoncepcional injetável trimestral, anticoncepcional injetável mensal, pílula oral combinada, diafragma, DIU, preservativo (masculino e feminino), pílula de emergência e minipílula Venda dos contraceptivos com valores mais acessíveis pelas farmácias populares	Esferas do governo; Recursos do programa “Aqui tem farmácia Popular”
		Ampliação do acesso às esterilizações masculinas	Aumento da oferta de vasectomia.	Recursos provenientes do MS
Estímulo às ações de Educação em saúde Sexual e Reprodutiva		Continuidade das ações em conjunto com o Programa Saúde na Escola	Parceria com o Ministério da Educação	
Público Alvo	Toda população em idade fértil. Devem ser aplicados os critérios de elegibilidade para as esterilizações e para os demais MAC, inclusive o DIU, respeitando a vontade do usuário, após explanação de riscos e benefícios de cada método.			
Leis e normas	Lei 9263/1996; Portaria 1319/2007 (vasectomia). Não apresenta documento específico			
Financiamento	Esterilizações: recursos do Ministério da Saúde; cabe ao MS a compra dos insumos de contracepção, sendo distribuídos diretamente para municípios com mais de 500 mil habitantes ou via Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para os demais municípios. A previsão de compra será alimentada pelas informações repassadas dos municípios às secretarias estaduais e destas para o Ministério da Saúde.			

Monitoramento	Plano de monitoramento da PNAISM e para monitoramento de políticas para mulheres
Divisões	Somente a revogação da portaria anterior, sendo substituída no que tange às questões da oferta do DIU e do financiamento, modificando a Norma de execução e Financiamento do Componente Básico de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;

Fonte: Elaborado pela autora segundo referências (BRASIL et al., 1996; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO, 2017; BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

## 6.2 Análise preliminar da política

Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva é eleito pela primeira vez Presidente da República e, como bandeira, assume o desafio de diminuir as iniquidades na saúde e em outras áreas. No contexto econômico e político, o governo apresentou um bom resultado com relação às propostas em seu primeiro mandato, o que levou à reeleição. Porém, em seu segundo mandato, surgem críticas com relação ao governo, principalmente relacionadas aos artifícios políticos utilizados para aprovação de projetos, tais como emendas à constituição, decretos presidenciais e coalizões para aprovar suas propostas. Em um país multipartidário como o Brasil, essas manobras são realizadas para neutralizar a ação da oposição, o que leva à diminuição da estabilidade necessária para que as políticas sejam aprovadas de forma racional.

Foi um governo marcado pela aprovação de diversas políticas de equidade e diversos programas, que tinham por objetivo a melhoria dos indicadores de saúde da população. Uma das ações mais contundentes foi o Pacto pela Vida, com o reforço à responsabilização dos gestores das 3 esferas do governo para ações que visavam a melhoria da administração dos recursos do SUS. Outro programa de governo foi o Saúde para Todos que, entre seus objetivos, estava prevista a formulação de ações que reduzissem a mortalidade materna e infantil.

Em 2004, é lançada a primeira política nacional relacionada aos DSR, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que foi a evolução da PAISM de 1983, agora abrangendo cuidados com pré-natal, concepção, contracepção, prevenção de câncer de mama e colo de útero, promoção de ações contra a violência e a promoção da equidade de gênero. Porém, a política não foi

suficiente para promover o planejamento familiar conforme preconizado pela Lei 9.263/1996.

Em 2005, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (PNSSR), com intuito de ampliar o cuidado com o direito sexual e reprodutivo para homens, mulheres e adolescentes. Com relação ao planejamento familiar, havia a previsão de melhoria de distribuição de métodos contraceptivos modernos, porém impôs critérios de elegibilidade que dificultaram a acessibilidade dos insumos à maioria dos municípios pequenos. Desta forma, foi insuficiente para ampliar o acesso a estes métodos para a população. Estes dados puderam ser confirmados com os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, conforme o Quadro 6:

Quadro 6: Resultados da Pesquisa nacional de Saúde e demografia

<b>PNDS 2006</b>	
Taxa de Natalidade	17,1 nascimentos/mil habitantes
Taxa de mortalidade infantil	19,8/mil nascidos vivos
Taxa de fecundidade	2,04 filhos/mulher
Mortalidade materna	80 para cada 100mil nascidos vivos

Fonte: Pesquisa Nacional de demografia e Saúde, 2006

Em 2006, segundo a PNDS, somente 77% das mulheres em relacionamento estável utilizavam algum método contraceptivo moderno. A mesma pesquisa revelou que 46% das gestações não eram planejadas e, após os 35 anos, 40% das gestações eram indesejadas. A faixa etária que mais contribuía para a taxa de fecundidade era de 15 a 19 anos, com 23% das gestações. Na Tabela 1, está listada a distribuição de uso dos métodos contraceptivos em 2006.

Tabela 1: Distribuição de métodos contraceptivos em 2006.

<b>MÉTODO</b>	<b>UTILIZAÇÃO</b>
Esterilização Feminina	29%
Anticoncepcional oral	25%
Preservativo	12%
Esterilização Masculina	5%
Métodos tradicionais	4%
Anticoncepcional Injetável	4%
Dispositivo intrauterino (DIU)	2%

Fonte: Pesquisa Nacional de demografia e Saúde, 2006

Neste cenário, o planejamento familiar foi reconhecido como um problema digno de ações, a fim de contemplar os pressupostos da Lei 9.263/1996, além dos compromissos assumidos no Pacto Pela Vida e no plano de ação do programa Saúde Para Todos. Cabe lembrar que o planejamento familiar vinha sendo apontado como instrumento primordial para a igualdade nos fóruns internacionais promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), dos quais o Brasil é signatário. Portanto, pode-se perceber que tornar o planejamento familiar como agenda política foi necessário para contemplar as pressões destes diferentes atores políticos.

Com relação aos objetivos da política, pode-se considerar que estavam alinhados ao problema enfrentado na época: a falta da universalização do acesso ao planejamento familiar. Ao manter como critérios de elegibilidade a idade fértil e, no caso de esterilizações, a elegibilidade prevista em lei, ou seja, 25 anos ou dois filhos vivos, além da concordância do(a) parceiro(a), se houver parceiro(a) fixo, possibilitou que todos os municípios fossem contemplados com a distribuição destes insumos. Para esta contemplação, a política descreve a forma como os insumos seriam distribuídos, além de prever ações em todas as esferas do governo.

Para a sua implementação, da forma como descrevem os manuais técnicos, seus instrumentos tiveram um caráter mais explicativo que coercitivo, contando com a mudança de comportamento dos serviços. Porém, não existe um documento específico desta política, sendo apenas citada em diversos documentos e manuais técnicos do Ministério da Saúde. Esta falta de clareza na documentação pode ter propiciado interpretações inexatas das suas ações propostas pelos implementadores diretos, como os profissionais de atenção primária à saúde.

Conforme a análise de gênero proposta por Cecília Mengo (2015), que utilizou como base o estudo de Mc Phail (2003), ao responder as diversas questões propostas, pode-se notar que a PNPf não trouxe a independência da mulher, bandeira dos grupos feministas dos anos 80. Quando a política propôs a venda de contraceptivos nas farmácias populares no modelo de co-pagamento, houve a tentativa de promover a liberdade da mulher ao possibilitar o acesso a estes insumos sem que fosse preciso depender de regras de acessibilidade dos serviços, nem sempre facilitadoras. Mas, quando exige que a avaliação profissional para acessar, por exemplo, o dispositivo intrauterino (DIU), e este profissional cria barreiras para o acesso ao método, por exigências nem sempre recomendadas por evidências, mantém a mulher na dependência da interpretação do profissional para sua necessidade.

Na documentação que cita a PNPf, não aparece, como ação direta, a promoção do acesso à Laqueadura Tubária (LT), bem como não há a definição do financiamento para a realização deste procedimento, descrito como procedimento hospitalar de média complexidade. Outro ponto que merece atenção é que a política manteve os critérios de elegibilidade para esterilizações preconizados pela Lei 9.263/96, ou seja, 25 anos completos ou dois filhos vivos, a anuência do parceiros e a proibição da realização de esterilização feminina no período pós-parto ou pós-abortamento, como forma de coibir os abusos praticados nos anos anteriores à Lei. Para tentar suprir essa lacuna, um ano após a aprovação da PNPf, o Governo Federal insere a proposta de promoção do acesso à LT no programa de governo Mais Saúde, Direito de Todos, que contaria com recursos provenientes da manutenção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Porém, o governo não consegue aprovação do projeto, refletindo sua baixa capacidade de negociação com a oposição e comprometendo a maioria das ações deste plano.

Por não prever a LT, a PNPf mantém importante limitação ao direito das mulheres, se comparadas com os homens, pois, para a vasectomia, houve portaria ministerial definindo, inclusive, a técnica de procedimento para promover a acessibilidade. Esta simplificação de procedimento propicia ao homem o retorno mais breve ao trabalho, o que pode ser interpretado como a manutenção do papel masculino como provedor familiar, ou seja, não estimula mudanças de papéis na sociedade.



Ao avaliar a efetividade da política, percebe-se a definição de responsabilidade entre as diferentes esferas do governo, porém, mais uma vez, a falta da documentação a torna a política vulnerável ao juízo de valor dos implementadores. Desta forma, é possível que sejam observadas inconsistências na sua implementação nas diferentes regiões do país, devido à ampla gama de contextos.

Com relação aos desfechos da política, observa-se, em dados nacionais, avanços no acesso aos métodos contraceptivos modernos, mas ainda apresenta discrepâncias importantes entre as regiões e entre os diferentes métodos. Na Tabela 2, pode-se observar a evolução da variedade de métodos contraceptivos ofertados pelo SUS.

Tabela 2: Evolução da Relação de Nacional de Medicamentos Essenciais de 2000 a 2015.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	RENAME		
	2000	2007	2015
Levonorgestrel + Etinilestradiol (0,15 + 0,03)	X	X	X
Levonorgestrel + Etinilestradiol (0,25 + 0,05)	X	-	-
Noretisterona 35 mcg	X	X	X
Dispositivo Intrauterino modelo T	X	X	X
Diafragmas vaginais	X	X	X
Nonoxinol	X	-	-
Preservativos masculinos	X	X	X
Preservativos femininos	-	-	X
Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml	-	X	X
E. de Noretisterona + V. de Etinilestradiol (50 mg + 5 mg/ml)	-	X	X
Levonorgestrel 1,5 mg	-	X	X
Levonorgestrel 0,75 mg	-	-	X

Fonte: Elaborado pela autora (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al., 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, 2007; SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA; ESTRATÉGICOS, 2015)

Segundo dados do Ministério da Saúde, somente em 2010, ou seja, apenas 3 anos após a política, o Ministério da Saúde havia adquirido mais de 43 milhões de cartelas de anticoncepcional e mais de 600 mil unidades de DIU e este número vem crescendo desde então. Da mesma forma, observou-se aumento do número de homens que realizaram vasectomia, pois até o segundo semestre de 2009, o número de vasectomias havia aumentado em 89%. Já o programa Aqui tem farmácia Popular

apresentou aumento significativo no mesmo período, acrescentando o número de estabelecimentos com dispensação de contraceptivos com subsídios do governo (BRASIL; GOVERNO DO BRASIL, 2017).

Estes dados podem ser demonstrados nas modificações dos indicadores de saúde da população, conforme visualizado na Tabela 3.

Tabela 3: Comparação de dados da PNDS e IBGE, dados brasileiros

	<b>PNDS, 2006</b>	<b>IBGE, 2013</b>
Taxa de fecundidade (filhos/mulher)	2,04	1,77
Taxa de Natalidade (nascimentos/mil habitantes)	17,1	14,79
Mortalidade Infantil (/mil nascidos vivos)	19,8	15,02
Mortalidade Materna (/100mil nascidos vivos)	80	62

Fonte: Elaborada pela autora

O desfecho também pode ser avaliado pelo grau de implementação da política em determinado local. Em Joinville, existem diversas ações da política, descritas em protocolos e fluxogramas de ações. O município disponibiliza os contraceptivos previstos na RENAME, exceto o diafragma. Durante a busca por documentação, não foi possível encontrar dados sobre as quantidades distribuídas.

Existe, no município, o protocolo de dispensação de contraceptivos emergenciais, que segue as recomendações alinhadas às diretrizes da Rede Cegonha, de 2011, permitindo a dispensação do método à usuária até 5 dias após a exposição, sendo orientado à paciente que este método não deve ser o preferencial para o planejamento familiar. Chama a atenção que o método pode ser dispensado por médicos e enfermeiros da APS, demonstrando a intenção na facilitação ao acesso.

Há, também, no município, o fluxograma de acesso à vasectomia. Este protocolo segue as orientações da PNPF e da Lei 9.263/96, com critérios de elegibilidade e respeito ao prazo mínimo entre a manifestação do desejo e o procedimento, que é de 60 dias. Observa-se que, na Portaria 1.319/07, assim como no protocolo municipal, o procedimento é de notificação compulsória, mas não foi possível localizar os dados das notificações. Foram localizados somente números do

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), apontando que, em 10 anos, foram realizadas 3031 vasectomias no município. Mas, deve ser lembrado que, como se trata de um procedimento ambulatorial, este número pode estar subdimensionado.

Em consonância ao observado em dados nacionais relacionados da PNPF, a laqueadura tubária também não é ofertada no município de Joinville, visto que não há disponível protocolo de acesso ao procedimento. Ressalta-se que, até o ano de 2015, o mesmo protocolo de acesso à vasectomia contemplava o acesso à LT, mas foi excluído após revisão do documento em 2017. Estas informações podem ser confirmadas pelo documento do SIH/SUS, que demonstra que Joinville realizou apenas 94 laqueaduras tubárias em um período de 10 anos. Isto demonstra que, se a política não trazer descritas as ações esperadas ou o provimento de recursos, é pouco provável que essas ações estejam previstas nos serviços municipais.

Porém, alguns recursos podem estar previstos nas políticas, mas não significa que os serviços contarão com ações para oferecê-los à população. Em Joinville, este fato pode ser observado pela falta de um protocolo de dispensação e inserção do DIU. Este insumo é disponibilizado na Rede de Atenção Básica e na maternidade estadual localizada no município, porém não há o protocolo ou a linha de cuidado ordenando a rede para facilitar este acesso.

Mesmo que as ações estejam previstas em protocolos, muitas vezes são observadas iniquidades na acessibilidade aos insumos e serviços. Por isso, torna-se imprescindível a avaliação do ponto de vista dos implementadores diretos da política, os profissionais de saúde.

### **6.3 Percepção dos profissionais com relação à implementação da PNPF em Joinville**

#### **6.3.1 Descrição da amostra**

Foram elencados 30 profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família de Joinville para a entrevista semiestruturada, dos quais, 18 aceitaram participar da entrevista (9 médicos e 9 enfermeiros). Os profissionais entrevistados são brancos, sendo 15 mulheres e 3 homens, proporção equivalente à distribuição por sexo dos profissionais na rede municipal de saúde. Somente 2 profissionais são naturais de

Joinville/SC, 1 mora no mesmo bairro em que atua, e a média de tempo de residência na cidade é de 13 anos. Sete profissionais são católicos, 3 evangélicos, 3 espíritas, 1 budista, 1 luterano e 3 não declararam religião.

Com relação à escolaridade, quatro profissionais estudaram em instituições públicas, cinco têm até nível superior completo, e 13 realizaram pós-graduação (residência, especialização ou mestrado). A média de tempo de atuação na profissão era de 15 anos no momento da entrevista (1-30 anos). O tempo médio de atuação em APS era de 12 anos. O tempo de atuação no bairro e na mesma equipe, em média, foi de 4,5 anos. Não houveram perdas na amostra.

### 6.3.2 Aspectos relacionados aos profissionais

Neste trabalho, evidenciaram-se alguns fatores que podem facilitar ou dificultar a implementação da PNPf em Joinville relacionados ao comportamento dos profissionais.

#### 6.3.2.1 Respeito à escolha do usuário

Um aspecto muito recorrente nos discursos dos profissionais médicos referiu-se à escolha do usuário com relação aos métodos anticoncepcionais (MAC); alguns reconhecem que, mesmo que tivessem uma ideia do melhor método, o que deve prevalecer é a escolha do paciente. Outros profissionais indicam a necessidade de verificar o conhecimento do usuário sobre o método

*“O oral e o injetável e nas puérperas, DIU. Se tu falares na adolescente, eu tenho uma certa preferência por injetável, porque eles acabam não tendo a responsabilidade de tomar, mas eu não faço, eu não forço o paciente a escolher aquilo ali.” M04*

*“O que é orientado, as medicações que a gente tem, os contraceptivos [orais] que a gente usa. Daí no caso tem alguns pacientes aqui que têm mais condições, então a gente conhecendo alguns outros tipos, a gente usa outros também, se eles preferem outro tipo.” M03*

*“Primeiro eu tento ver o perfil do paciente, porque a gente vê assim que tem muitas meninas muito esquecidas, então não adianta eu impor pra usar um comprimido se ela vai esquecer,*

*então primeiro eu pergunto o que ela prefere, “qual que é a sua opção?” M01*

*“Camisinha feminina a gente tem na unidade, mas fica aí, chega quase a vencer porque as mulheres ainda não têm muita informação sobre isso e elas não gostam. Tem a tabelinha, tem o... algumas delas fazem a tabelinha, mas fazem errado...” E04*

Cinco profissionais referiram que os usuários já têm a escolha do método realizada antes mesmo da consulta, enquanto outros pacientes utilizam a avaliação médica para orientar a escolha do MAC.

*“A gente sempre abre o leque de todos os contraceptivos oferecidos pelo sus, mas eles já vêm focados assim, já vêm com essa decisão, já vem decididos porque o vizinho usa, porque a prima usa, porque a irmã usa e viu que ali teve sucesso.” E02*

*“A gente expõe os métodos contraceptivos e eu explico todos os que existem e sempre a pergunta é: “qual o melhor pra mim?” M04*

Os entrevistados relataram causas que influenciam na escolha do método, entre as quais, a disponibilidade associada à capacidade de pagamento, e aspectos relacionados à adequação, à aceitação e à organização dos serviços, que prejudica a acessibilidade e reduz o acesso.

*“Até na verdade, elas se manifestam já na gestação, em questão de como a gente tem uma dificuldade na questão da laqueadura [acessibilidade reduzida], elas [usuárias] vêm com eles [companheiros] na questão para solicitar a vasectomia.” E07*

*“De laqueadura a gente sabe que é muito difícil de conseguir, então a gente nem oferece. Eu, pessoalmente, nem ofereço, porque sei que a paciente vai ficar na fila por muito tempo e, dificilmente, vai conseguir. Já tive paciente com 6 filhos que não conseguiu.” E04*

*“Então eu vejo que a gente tem uma certa dificuldade, porque não é qualquer ginecologista que coloca e daí assim, eu não sei até que ponto esse é um procedimento que quando eles são contratados eles [alegam]... “não sou pago para isso, sou pago para atender e não para colocar DIU.” E06*

Embora reconheçam a importância da escolha realizada pelo usuário, em alguns casos, os profissionais relatam não respeitar a escolha do paciente por

acreditarem que a paciente não teria condições de optar pelo método, seja pela idade ou pelo contexto de vida da usuária.

*“Quando é para escolher assim (...) quando já são mulheres que já tiveram filhos tudo mais, eu inclusive digo que tem DIU, né que é interessante ou o anticoncepcional, daí falo dos injetáveis né, e se for adolescente eu sempre falo só do anticoncepcional mesmo via oral.” M02*

*“Aqui se usa bastante injetável, né, principalmente nessa população mais jovem que esquece, porque às vezes não é que eles tenham o desejo [o método], mas... o momento da vida dele ele esquece, então a gente induz eles ao uso do injetável, a preferência nossa aqui.” M03*

#### 6.3.2.2 Conhecimento sobre a política

A maioria dos profissionais declarou não conhecer a PNPF e os protocolos municipais relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos (DSR), ou indicou serem inexistentes. Entretanto, muitos entrevistados citaram aspectos da política e dos protocolos, indicando, recorrentemente, abordagens e procedimentos convergentes em sua prática profissional. Indicam, ainda, que o conhecimento não se traduz em garantia da oferta adequada do serviço aos usuários.

*“Não, também nunca pesquisei sobre isso né, talvez eu possa falar que numa dessas tem e eu não sei, nunca fui atrás.” M01*

*“A política nacional tem tantos manuais, tem tanta coisa, que sinceramente eu desconheço. Penso que isso faz parte do meu trabalho e faço, mas não necessariamente conheço todas as leis envolvidas.” M08*

*“Olha, o que eu conheço são os protocolos que a gente tem disponível na secretaria de saúde, do preventivo, pré-natal né, os protocolos, a disponibilidade dos métodos contraceptivos oferecidos... Acho que é isso.” E08*

*“Poderia citar, daí entra como política sexual... Poderia entrar aquele a laqueadura, o protocolo que tem que ter pelo menos dois filhos e ter acima de 25 anos, tanto para vasectomia, saúde sexual, vamos colocar assim, que a gente conhece...” M09*

*“...assim no caderno tem tanta coisa que a gente precisa estar lendo, precisa estar atento que você acaba esquecendo no dia a dia.” E01*

*“existe? (risos). Não me lembro de ser... A gente tem a política de pré-natal, de prevenção de DSTs... Pra mim é muito clara. A de planejamento familiar não. Tanto que a gente tem dificuldades de encaminhamento do DIU, de esterilização...”*  
M08

### 6.3.2.3 Formação profissional

Os profissionais reconhecem que a formação é fator importante no desfecho do atendimento ao planejamento familiar, ilustrando o discurso com sua experiência sobre o tema, durante a formação. Uma característica marcante foi a associação do ensino sobre os DSR à saúde da mulher, com repercussão sobre a percepção da prática profissional. Outro aspecto levantado é a falta de formação permanente no serviço, bem como, a importância da formação continuada.

*“Foi boa, foi bem adequada assim. Na verdade eu tive uma cadeira grande, a gente acaba vendo isso em ginecologia e obstetrícia. Não necessariamente eu tive saúde da família na minha formação, isso eu vim ter na pós-graduação, mas a questão de planejamento familiar, de contracepção eu tive um bom ambulatório de ginecologia geral na minha formação. A gente acompanhava aconselhamento e inserção de DIU e tudo mais, que fazia parte do planejamento familiar, era um ambulatório de planejamento familiar e isso foi uma coisa bem dada, no meu curso, foi bem proveitoso.”*M08

*“A gente não tá tendo nem tempo pra... antes a gente tinha as quartas feiras todas né pra isso, a gente discutia casos, a gente estudava, via “telessaúde”, agora a gente não tem mais tempo (...) porque esse caderno eu gostei da forma como ele lida com algumas situações, que eu acho que preciso olhar mais...”* E01

*“Foi bacana na minha especialização em obstetrícia, a gente teve alguns blocos de gineco, onde a gente teve muitas aulas de planejamento familiar, que reforçou bastante, que eu me senti mais apta.”* E05

Onze profissionais avaliaram sua formação relacionada ao tema como insuficiente, embora reconheçam a dificuldade para se desenvolver uma formação perene.

*“Eu acho assim: foi boa, poderia ter sido melhor(...)Eu acho que falta... eu acho principalmente que precisava ter planos com relação a isso... acho que o sistema nosso tem que... até por uma coisa que a gente sabe, é um assunto que se atualiza muito, então a faculdade da gente já nem ia estar muito atualizada com*

*algumas coisas, alguns assuntos ou algumas demandas que tem hoje e que não tinha na época...” M03*

Um dos profissionais médicos entrevistado descreve uma barreira de acessibilidade no serviço, relacionada à abordagem adotada para a indicação do DIU. Não há evidências ou recomendações presentes na literatura quanto à necessidade de ultrassom transvaginal como critério para prescrição do DIU, o que no caso relatado adia o procedimento de contracepção.

*“Está demorando no sentido que eu solicito um ultrassom transvaginal para ver a forma do útero e já oriento para agendar um preventivo com a (nome da enfermeira), juntar os dois exames e marcar o mais precocemente para encaminhar ao ginecologista para colocar o DIU. É o que eu tenho feito de conduta. Quando eu vou pedir o ultrassom transvaginal, geralmente a mãe, eu digo mãe porque geralmente é puérpera, elas estão fazendo por um desejo de (anticoncepção) daí esse ultrassom está demorando.” M04*

#### 6.3.2.4 Aceitabilidade do profissional

Com relação à aceitabilidade, os discursos convergem para a percepção que os profissionais precisam corrigir o comportamento do usuário por meio do planejamento familiar.

*“A prática nossa aqui, a gente acaba tendo a conduta contraceptiva, no sentido de fazer um controle de natalidade, porque acaba tendo bastante jovens e tal.” M03*

*“Geralmente eu oriento a parte de anticoncepção e ... eu vejo o seguinte, se são mulheres mais jovens, né, eu procuro orientá-las, no sentido de ter filhos mais tarde ... assim, mostrando todos os tipos de anticoncepcional, para ver qual que ela se adapta.” M02*

*“Ela tem um filho de cada homem, assim que ela me falou, que ela só gosta de homem para ter filhos. Daí eu falei assim: não pode ser assim.” M02*

Em outros pontos, os profissionais descrevem o discurso do usuário como incompatíveis com os valores de sua prática. Em um caso, um profissional de enfermagem argumenta que, embora a usuária classifique a gravidez como não planejada, não utilizava métodos contraceptivos e, em sua percepção, a gravidez tinha o propósito de incrementar o *status* social. Um profissional médico questiona a



conduta de sua paciente adolescente, cobrando um determinado nível de responsabilidade que ele julga adequado.

*“Elas dizem não ser planejada, mas também, não fazem algum tipo de prevenção para engravidar. Ou algumas que falam que não foi planejada, mas a gente percebe que engravida pela questão social, mesmo.” E09*

*“Porque você sai daqui e você vira mulher, mas na hora que você quer conversar com o médico você vira menina, então tem essa distinção. Então se você está tendo atitudes de mulher, você tem que se comportar como mulher, agir como mulher, assim como eu falo com a adolescente.” M07*

Muitas vezes, os profissionais acreditam que o usuário não tem discernimento para decidir quanto ao uso de contraceptivo. Observou-se a necessidade de responsabilizar a usuária pelo próprio cuidado.

*“Eu dou as opções... daí ela vai me manifestar; ou às vezes, tem mulher que diz ‘tenho medo de injeção, dói, não sei o quê, tenho medo de engordar’... esses mitos né de anticoncepcional.” M01*

*“As que tiveram bebê então... já é difícil tomar no horário correto, ainda com uma criança em casa, vê-se que não vai utilizar.” E09*

*“É fácil acesso na farmácia e não deveria, eu falo aqui para os pacientes que o Brasil, por ser 3º mundo, tu podes comprar até um paracetamol na farmácia e a gente tem uma experiência, aí de estarmos num país de primeiro mundo que tu não compras nem anticoncepcional se não tiver receita.” M09*

*“Porque, às vezes, o mensal ou o trimestral, o DIU... eu acho que a paciente não se responsabiliza tanto com a vida sexual dela. O contraceptivo é uma maneira que ela tem de estar lembrando da sua sexualidade. É uma responsabilidade dela, né?” M07*

Mesmo que determinados comportamentos não estejam de acordo com o que os profissionais idealizam no planejamento familiar, muitos discursam uma atitude de aceitação, negociando a abordagem que julgam adequada e factível no processo de cuidado.

*“E deixo bem aberto pra opção deles, porque às vezes tem mulher que o marido não quer que tome, é assim, uns são bem machistas mesmo, então tem que ter toda uma conversa de como abordar isso, sem ser... mas eu tento evitar impor nada.... tem mulher que não quer, não quer, quer ter um monte de filho, então tá bom, é uma opção dela.” M05*

*“Nessa questão, a gente ficou meio que no impasse, porque a menina veio com essa queixa, essa demanda e que ela [a enfermeira] fez e ela não ia negar pela idade dela, pelo que se ela queria engravidar numa idade tão cedo é uma opção dela mas que ela estivesse bem orientada, né, então a gente não vai proibir ninguém de engravidar só porque você é jovem.” M01*

*“Meninas de 13 anos e a mãe traz para iniciar o uso de anticoncepcional, eu fico assim: porque me dói..., mas é a realidade de hoje, né? 13 anos já inicia com o anticoncepcional. Daí a mãe já se preocupa e quer ver uma dosagem que seja ideal para a idade dela, a gente explica qual seria, e encaminha qual seria o ideal para elas para o doutor (...). Geralmente se opta por via oral para as adolescentes, nenhuma aceita injetável. É via oral mesmo.” E07*

### 6.3.3 Aspectos relacionados aos serviços de saúde

A análise dos discursos revelou aspectos dos serviços relacionados aos DSR nas dimensões de acessibilidade, adequação e disponibilidade.

Os profissionais relataram adequações nos serviços, com uma organização mais flexível, visando ampliar a acessibilidade dos métodos e das consultas. As abordagens são privilegiadas em atendimentos individuais, a demanda espontânea é tratada de forma prioritária, busca-se adequar os serviços às características da demanda, e evita-se a rigidez da predefinição dos atendimentos em agenda. Entretanto, a despeito de uma rede de atenção à saúde bem organizada, avaliaram a necessidade do redimensionamento da atenção primária à saúde no município.

*“Planejamento familiar aqui no posto é urgência, para a gente aqui do posto. Não tem demanda reprimida(...) a gente já tenta resolver no dia, porque sabe que isso pode gerar uma gravidez, uma complicação com relação a essa paciente.” Então, pra nós é prioridade.” E04*

*“Sinceramente, em Joinville, especificamente, a gente tem os anticoncepcionais, a gente tem uma maternidade que pode ter seus problemas, mas a gente tem uma maternidade bem estruturada, a gente tem rede de gineco e obstetra para apoio e não é tão difícil assim, acho que a gente tem uma estrutura muito boa, agora o que a gente precisa é que a atenção primária esteja redimensionada e isso faria a grande diferença.” M05*

O procedimento de laqueadura tubária foi apontado como um grande desafio relacionado à acessibilidade, no município, para a qual percebe-se uma demanda

expressiva e o acesso comprometido, em função da oferta insuficiente do serviço na rede municipal de saúde. Os profissionais indicaram adequações nos serviços relacionados às DSR, visando ampliar a acessibilidade. Existem ações no município de Joinville que foram reconhecidas pelos profissionais como facilitadoras dessa rede, descritas como facilidades de encaminhamentos e arranjos dentro da equipe.

*“A laqueadura é quase que inatingível. Os casos complicados que eu tive, que eu precisei de laqueadura a gente não conseguiu.” E01*

*E pela própria rede a gente identifica isso também. O homem fazendo a vasectomia, e a mulher acabando por desistir da laqueadura.” M07*

*“De laqueadura a gente sabe que é muito difícil de conseguir, então a gente nem oferece. Eu, pessoalmente, nem ofereço porque sei que a paciente vai ficar na fila por muito tempo e, dificilmente, vai conseguir. Já tive paciente com 6 filhos que não conseguiu.” E04*

*“Ela chegou na unidade pra vacinar o pequeno, o técnico já me chamou, eu já fui lá, catei a gente fez a abordagem, conseguimos falar com o marido, que era uma dificuldade e ela já saiu de lá com a primeira injetável do contraceptivo, a receita e ele já levou os documentos e saiu de lá agendado para a orientação de planejamento familiar, porque ele disse que tinha interesse na esterilização cirúrgica.” E03*

*“Então assim, a questão do grupo aqui não funcionou, então a gente trabalha de porta aberta, eles querem uma orientação a gente senta, orienta, explica tudo certinho e do DIU como funciona (...) agenda (...) a gente conversa com a recepção” E07*

As redes formadas com outras instituições, como escolas, por exemplo, são adequações no processo do planejamento familiar relevantes. Em algumas situações, porém, o profissional pode não ter o apoio necessário, ou seja, o serviço, ou a gestão, não estão organizados de forma adequada para apoiar as ações. Muitas deficiências são superadas por meio do trabalho em equipe.

*“Aqui na unidade a gente não tem grupos de saúde sexual e reprodutiva, a gente faz, palestras nas escolas (...) então a gente já fez vários trabalhos educativos nas escolas sobre sexualidade, reprodução, DST. Às vezes a escola mesmo pede, o diretor né, entra em contato com a gente e solicita que sejam feitas palestras de determinados assuntos e a gente acaba indo fazer.” E04*

*“A gente está tão acostumada a não ter apoio que a gente desenvolve aqui né conforme as nossas possibilidades. Mas a resposta é não. Apoio, não.” E01*

*“Quando eu tenho dúvidas com relação aos procedimentos eu peço pra consultar com a enfermeira porque ela tem lá um dia específico pra atender é a saúde reprodutiva, na verdade o planejamento familiar, né. Ela tem os dias específicos e como às vezes a minha agenda fica um pouco mais apertada e ela tem mais tempo pra conversar.” M01*

A disponibilidade da maioria dos insumos é caracterizada com estável. Não obstante, barreiras de acessibilidade são percebidas em relação à prescrição do DIU e do anticoncepcional de emergência. Alguns métodos são referidos como indisponíveis. A disponibilidade de insumos e serviços modula a formação da demanda e a expressão da necessidade.

*“Isso é uma das poucas coisas da rede que a gente pode contar, eventualmente falta um medicamento ou outro, mas o acesso nas farmácias populares também é muito bom, mas é um tema que depende muito do paciente também.” M08*

*“Ah, o comprimido e agora de um tempo para cá que elas descobriram a injeção, que tem a mensal e a trimestral, elas têm vindo procurar muito também o injetável.” E04*

#### 6.3.4 Comportamento em saúde do usuário

O acesso ao serviço foi caracterizado como dependente de como o usuário percebe o serviço em si, além de valores, atitudes e comportamentos relacionados à saúde em geral. Existem situações nas quais percebe-se que os usuários deixam de procurar o serviço, por diversos motivos, nem sempre evidentes ou facilmente superáveis. Os profissionais relatam que, em geral, homens procuram menos os serviços de saúde com demandas relativas à saúde sexual e reprodutiva, e que suas companheiras ocupam o lugar para tratar, com a equipe de saúde, inclusive, das necessidades masculinas. As necessidades dos adolescentes foram descritas como outro desafio, em geral, associado à relação com os pais. Diante dos DSR, os profissionais referem a deficiência no ‘dever’ que os cidadãos teriam, na busca pelo cuidado da saúde sexual e reprodutiva, questionando a responsabilização diante do direito.

*“Hoje o nosso problema é que elas não procuram para métodos contraceptivos, então por isso é uma demanda nossa do planejamento local, tanto que é muito comum uma agente comunitária trazer: “numa conversa lá na visita ela disse que não tá usando nada...” E03*

*“São as mulheres, boa parte é mulher [que procuram o serviço], inclusive às vezes ela vem em nome do marido, eles não vêm. Em geral é o público feminino que faz isso.” M03*

*“O que mais aparece junto com a programação da saúde da mulher, que é o rastreamento de colo e tudo mais é a programação da quantidade de filho mesmo.” M08*

*“Eu dou as opções: a gente isso, isso, aquilo... daí ela vai me manifestar ou às vezes tem mulher que diz “tenho medo de injeção, dói, não sei o quê, tenho medo de engordar... esses mitos né de anticoncepcional.” M01*

*“E o que está mais fardo [difícil], realmente, é que de um modo geral, a população está mais desleixada, ela não está preocupada com a sua saúde sexual e reprodutiva (...) Falta o cidadão buscar preservativo, buscar o método, planejar a gravidez, planejar a sua família... se falta alguma coisa, se tem que ser feita alguma coisa, é nessa questão da sensibilização com relação ao... direito sim, sempre, mas quanto ao dever, o dever e a responsabilidade.” E05*

A aceitabilidade do serviço ou dos insumos por parte do usuário é percebida como influência importante nas ações e serviços profissionais, modulando estratégias de cuidado e afetando os desfechos. Os medicamentos são preferidos pelos pacientes, em detrimento de outras abordagens do planejamento familiar. A disponibilidade de insumos e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, bem como, as adequações das abordagens, pelo serviço, às realidades complexas dos usuários foram relacionadas, pelos entrevistados, à aceitabilidade dos usuários e ao acesso efetivo.

*“A gente selecionou um filme que abordasse um pouco a questão de... gravidez na adolescência, DST, mas um filme assim, não um documentário, um filme mesmo, pra prender a atenção deles, porque a gente sabe que se eu chegar só querendo dar ‘palestrinha’ talvez não prenda muito a atenção deles.” M01*

*“Planejamento familiar muito poucas vêm procurar algum aconselhamento, alguma orientação. O que elas querem mesmo*

*é a receita do anticoncepcional. Quando você marca um grupo, ou alguma coisa, a adesão é muito pequena.” E08*

*“Em todos os aspectos, em relação ao homem é diferente porque a gente tem mais dificuldade, não tem tanta facilidade de atender ao homem, que acaba vindo mais para métodos contraceptivos...” E06*

### 6.3.5 Necessidades de saúde

Os profissionais descreveram os encontros com os usuários para planejamento familiar como meios para abordar assuntos classificados como importantes, mesmo quando os pacientes não reconheciam a importância, ou a própria necessidade. O discurso indica que a escolha do método contraceptivo, na maioria das vezes, é modulada pela avaliação profissional das necessidades, mesmo quando o usuário tem outra ideia preconcebida. Os relatos trazem a necessidade percebida como um elemento fundamental da demanda, fazendo com que os profissionais usem estratégias para influenciar esta percepção.

A condição potencial do uso de contraceptivos orais é analisada, entre enfermeiros e médicos, visando definir os meios mais adequados (necessidade) à realidade clínica das usuárias. O desfecho recorrente da busca por cuidados pré-natal em gestações não planejadas, nas quais, os usuários não perceberam a necessidade e não procuraram o serviço de saúde para o planejamento familiar, foi apontado como falha do sistema, pela falta de um procedimento ativo que promova acesso efetivo, atendendo a necessidades que não se transformam em demandas. Um profissional médico relata situação em que a percepção da necessidade pelo usuário impulsiona a adoção de estratégias radicais para superar barreiras de acessibilidade.

*“A gente vê assim, a questão do processo e da integridade e saúde dela, né? Então se a paciente tem uma tendência de trombose, a gente avalia e a gente faz toda uma conversa (...), daí a gente explica os danos e prós, o que que é bom o que é ruim e as consequências.” E07*

*“A gente tenta entrar em consenso comum com a paciente. Eu acho o oral mais benéfico para a paciente, ainda mais com a jovem, porque o injetável tem uma carga hormonal muito forte e eu quero saber como ela vai iniciar com o oral, porque de uma certa maneira, indiretamente, ela está se responsabilizando pela própria contracepção dela, né” M07*

*“Teve casos aqui que eu sei, eu não estava aqui na época, mas por falta de orientação no puerpério (...) 2 casos de gestante bem jovens [gestações ocorreram no puerpério] (...) eu fico bem triste em saber que não é o plano dela, ela não queria isso e o sistema de saúde acabou gerando problema pra ela sem orientar ela (...) ela não é obrigada a saber disso. Seria muito bom se na escola ensinassem isso para ela, mas não tem isso, a gente não pode cobrar dela.” M03*

*“Uns 80% das gestações são não planejadas, mas ao mesmo tempo você percebe na consulta que elas têm uma orientação, elas sabem que precisam tomar um anticoncepcional, elas sabem que precisam usar um preservativo, mas elas não usam” E09*

*“... uma mulher, esse ano, ... falou assim: “eu queria engravidar, porque daí eu sei que eu consigo uma laqueadura”. Então eu quero engravidar do meu 4º, porque daí, na maternidade, eles fazem, porque é o único lugar que eu saiba que eles fazem” M06*

Os profissionais declaram a importância de considerar as necessidades percebidas por usuários, sua realidade clínica, as condições sociais e a organização do serviço, pois identificam suas influências nos resultados de saúde.

*“Das orientações, eu falo com elas da menor dose, mas daí tem a menor dose que eu tenho no posto gratuita e tem a menor dose que pode comprar. Como pra comprar teria que ter a garantia da entrada de dinheiro, eu oriento a ficar com o nosso”M05*

*“Realmente algumas assim... Como a gente está com um nível de desemprego muito grande, elas preferem pegar esse aqui da unidade.” E07*

*“Sim, é uma demanda delas. Eu explico as vantagens e desvantagens, elas querem saber se é tão seguro quanto o outro... eu acho que elas estão optando pela facilidade. A maioria fala “ah, eu esqueço / já tentei não me adaptei”, então a maioria acaba optando pelo injetável.” M06*

*“E no planejamento local quando a gente compilou os dados ano passado a gente verificou que mais de 50% das nossas gestantes foram gestações não planejadas, então nesse ano no nosso planejamento o tema de planejamento familiar é um dos temas centrais, então a gente está começando a trabalhar nesse tema também e agora eu estou procurando alguém pra conseguir ir lá fazer uma atualização de abordagem uso de*

*método contraceptivo, pra equipe toda pra gente conseguir dar continuidade nisso” E05*

*“Então preferencialmente a partir do momento que teve o filho a gente dá preferência pela medroxi, até por conta da amamentação ou o DIU. Antes disso, a gente conversa com elas a questão das duas injeções, porque a injeção a gente consegue acompanhar um pouco melhor a questão do uso do anticoncepcional.” E09*

*“Às vezes eles pedem, o usuário é leigo, ele acha realmente que é legal o método e ele vem pedir aquele, mas a escolha é sempre técnica, né.” E02*

Para que a necessidade seja reconhecida pelo usuário, é preciso que ele seja orientado a respeito dos insumos que são oferecidos pelos serviços. E para que os profissionais orientem de forma adequada, é preciso que aceitem o método ou o insumo. Durante as entrevistas, alguns profissionais citaram o contraceptivo emergencial quando foram questionados a respeito do cuidado no abortamento, conforme os trechos abaixo:

*“Uma coisa que não é divulgada, por exemplo, é a pílula do dia seguinte. Nós temos aqui a pílula, a gente pode fazer a prescrição, mas assim, até eu já pensei nisso, mas fiquei com medo de falar numa palestra ou numa oficina, numa educação em saúde... eu fiquei com receio de falar. Isso não é divulgado. Então nós temos a pílula do dia seguinte, mas sinceramente nunca houve nenhuma prescrição.” E01*

*“...isso assim é uma coisa que me chama a atenção, porque eu nunca tive. Vários colegas já tiveram, já relataram, eu nunca tive até trabalhando no PS e tudo mais. Já teve caso de eu ver, mas não que teve essa demanda, esse desejo assim, não. Nunca tive que indicar pílula do dia seguinte.” M01*

*“Mas de pedir para fazer um abortamento ou de chegar com uma situação posta: “eu estou apavorada” e já estar naquela situação de não ter pílula do dia seguinte, eu não tive. Não tive que me gerasse o dilema do que falar. Ainda bem, porque é complicado, porque é complicado na verdade eu não conheço nenhuma orientação específica pra isso em Joinville.” M05*



## 7 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo a análise da Política Nacional De Planejamento Familiar (PNPF), e a avaliação da percepção dos profissionais da rede de atenção primária à saúde com relação à política pública e sua implementação no município de Joinville/SC. Os serviços organizados e providos pelos profissionais, ao caracterizar-se como o principal meio de implementação de uma política pública no campo da saúde, são fundamentais na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (DSR), especialmente, no que tange ao planejamento familiar.

A PNPF foi criada com o intuito de ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos na atenção primária à saúde, aumentando a variedade de métodos disponibilizados, e associando a uma orientação de qualidade e em tempo oportuno. A política também preconizou a provisão de anticoncepcionais orais por meio do programa “Aqui tem farmácia popular”, em sistema de co-pagamento. Na mesma política, estabeleceu-se a promoção da vasectomia como procedimento ambulatorial, visando diminuir o tempo de espera para o procedimento, ainda que respeitados os requisitos descritos na Lei 9.263/96.

Os profissionais que participaram da pesquisa reconhecem que houve grande evolução em termos de planejamento familiar, muito embora ainda existam falhas reconhecidas no sistema. Joinville é um município com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) relativamente alto, apresentando taxa de natalidade e de mortalidade infantil inferiores à média nacional. A taxa de fecundidade é de 1,7 filhos/mulher (IBGE, 2018), inferior à média nacional. A associação entre a atenção primária à saúde e a acessibilidade de serviços relacionados aos DSR, com ampliação da disponibilidade dos insumos correspondentes, é reconhecido como importante na efetivação desses desfechos.

Os discursos apontam para a definição dos métodos anticoncepcionais (MAC) sendo mediada profissionalmente, mas escolhida com o usuário, como previsto na PNPF. Isso influencia a realidade clínica, especialmente, na formação da necessidade, fenômeno resultante da conjugação entre as necessidades sentidas, as avaliações profissionais da necessidade e a definição normativa da necessidade (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; BRADSHAW, 1972).

O reconhecimento de alguns profissionais, que ressaltaram a falta de comprometimento do usuário com o planejamento familiar, pode ser explicado, como visto em estudos recentes, por falta de informação em tempo oportuno, sendo mais importante que a indisponibilidade ou acessibilidade (SCHIVONE; BLUMENTHAL, 2016; SEDGH; HUSSAIN, 2014). A atuação do profissional de saúde é caracterizada na implementação da política por promover o incremento da capacidade do usuário de acessar os serviços e os insumos para o planejamento sexual e reprodutivo efetivos. Nesse sentido, a capacitação do profissional é determinante da fundamentação das atitudes dos profissionais.

Os profissionais declararam não conhecer adequadamente a PNPf, e reconhecem que essa lacuna influencia a provisão de cuidado. O conhecimento do profissional e sua relação com os usuários são considerados fatores determinantes para o sucesso de políticas em saúde. Uma consequência do déficit de conhecimento é a frustração no incremento das capacidades do usuário para o acesso, pela falta de informações adequadas (MBEBA et al., 2012; TAVROW, 2010).

Embora sem evidências empíricas, o profissional de saúde é apontado como fator determinante na adesão do usuário a determinadas condutas, pois, ele é o provedor das ações e informações, e as repassa de acordo com sua percepção sobre a importância, contribuindo com a formação de necessidades em realidades complexas (HARPER et al., 2010; KLAESON et al., 2017; TAVROW, 2010)

O processo de cuidado desenhado nos discursos indica que a aceitabilidade promovida pelo profissional é convergente com os princípios e práticas do acolhimento, vínculo e responsabilização, característicos da atenção primária à saúde (APS). A aceitabilidade traduz a forma como o profissional lida com valores, atitudes e comportamentos do usuário. Porém, é necessário conciliar a ampliação do acesso à orientação correta de uso e à oferta de outros métodos (CORRÊA et al., 2017). A deslegitimação destes aspectos poderia levar o usuário a não utilizar o serviço, e a desconsiderar ou a negligenciar o processo de cuidado, diante de uma abordagem onde suas ideias e preferências (do usuário) seriam incompatíveis com a realidade clínica em construção (TAVROW, 2010).

Outros estudos chamam a atenção para a importância de reconhecer as oportunidades de orientar o planejamento familiar, mesmo em consultas por outras demandas, tais como o período do puerpério, reconhecido como dificilmente

acompanhado pelos profissionais do presente estudo (MOORE et al., 2015; RIOS-ZERTUCHE et al., 2017; SCHIVONE; BLUMENTHAL, 2016)

As referências quanto à escolha do método anticoncepcional, em geral, limitaram-se ao contraceptivo oral, o que parece estar associado à modulação profissional na definição da necessidade, e contribuindo para manter as iniquidades de acesso aos métodos contraceptivos. O município disponibiliza todos os métodos contraceptivos hormonais constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), inclusive o comprimido anticoncepcional emergencial. Porém, os profissionais demonstraram resistência em oferecer este método. Alguns não citaram o método como forma disponível de planejamento familiar, outros citaram insegurança em orientar sobre sua utilização e, ainda, alguns reconheceram que nunca foi disponibilizado o método para a população atendida no serviço.

A disponibilidade é um fator capacitante da acessibilidade e uma dimensão da organização dos serviços de saúde (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007). A disponibilidade dissociada da adequação, da aceitabilidade e da formação da necessidade acaba sendo insuficiente para ampliar a acessibilidade. Mesmo quando disponíveis insumos e serviços, o acesso do usuário pode não ocorrer adequadamente.

Alguns métodos não têm a disponibilidade uniforme em todas as unidades. Com relação ao DIU, observou-se que existem barreiras à obtenção do método. Mesmo com a disponibilização nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde, nem sempre é de conhecimento dos profissionais e das equipes o meio de obtenção do insumo. Embora o DIU seja um método considerado seguro, ainda não se observou aumento significativo de usuárias em todo país. Um estudo realizado em municípios de Minas Gerais, em 2017, mostrou que muitas vezes o acesso ao DIU é limitado por barreiras pessoais ao seu uso ou por barreiras institucionais de acessibilidade, ligadas aos serviços ou mesmo aos profissionais (GONZAGA et al., 2017). Para Tavrow (2010), barreiras pessoais ao uso de métodos contraceptivos podem ser criadas pela falta de informação por parte do profissional, pois este utiliza seus próprios valores para a escolha de quais informações devem ser providas. A exigência de exames para a obtenção do método sem evidências científicas para respaldar o requisito também cria uma barreira importante.

A laqueadura tubária foi citada como o recurso com maior dificuldade de acessibilidade na rede de saúde de Joinville/SC. A indisponibilidade do método foi indicada unanimemente, mesmo em situações em que a necessidade estava estabelecida, com a paciente preenchendo os critérios da Lei 9263/96. No Brasil, foram realizadas mais de 67 mil laqueaduras em 2018, segundo dados do Ministério da Saúde. A baixa disponibilidade de laqueaduras, no Brasil, é reflexo do período anterior à lei de 1996, quando 45% das mulheres com união estável estavam laqueadas, sendo que 1/5 destas tinham menos de 25 anos (NEGRÃO, 2012).

A lei que criou as regras para a laqueadura e vasectomia serviu para coibir atos de controle de natalidade involuntário é a mesma que, hoje, dificulta o acesso ao método, mesmo em um cenário totalmente diverso. Adicionalmente, inclui-se o medo profissional em ser acionado judicialmente, a falta do consentimento do parceiro para a realização do procedimento, ou o financiamento, em países em desenvolvimento (QUADROS; SANTOS, 2017; MALARCHER, 2010). Essa limitação contribui com a manutenção da iniquidade de gênero, que ainda persiste nas políticas públicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (MCPHAIL, 2003).

Durante a formação acadêmica dos profissionais entrevistados, o tema relacionado aos DSR e ao planejamento familiar foi apresentado associado ao papel feminino, em consonância com o descrito por Moreira e Araújo (2004). A percepção dos DSR como uma abordagem vinculada à saúde da mulher, iniciada durante a formação e desenvolvida na prática profissional, reforça a definição da necessidade de saúde de forma estereotipada, na qual a carga para alcançar os desfechos pretendidos recaem sobre a mulher, perpetuando a iniquidade no processo de cuidado.

Entende-se acesso como um atributo do usuário, influenciado diretamente pelos atributos do serviço de saúde, relacionado à utilização de serviços e insumos (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; DONABEDIAN, 1973; SOARES, 2013). Na percepção dos profissionais, os homens têm procurado mais os serviços para obterem informações e acesso à vasectomia. Entretanto, ainda existem diversas barreiras culturais a serem superadas, inclusive aquelas criadas pelo próprio serviço. Uma revisão sistemática, publicada em 2017, demonstra que homens desejam mais informações a respeito de planejamento familiar, e traz como principais estratégias o uso da mídia para promover a informação tanto sobre os métodos, quanto

incentivando que procurem os serviços de saúde. Neste ponto, reforça que os serviços devem estar preparados para receberem este público, tratando o planejamento familiar masculino de forma a não atrelar o planejamento familiar a uma atividade exclusivamente feminina (HARDEE; CROCE-GALIS; GAY, 2017).

Como discutido por Andersen, Davidson e Baumeister (2014), nem toda necessidade percebida se traduz em acesso efetivo, ou seja, em acesso realizado, em tempo oportuno, e que altere o desfecho positivamente. Alguns estudos alertam que as políticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, muitas vezes, não alcançam a todos de forma igualitária (IVANOVA; DRÆBEL; TELLIER, 2015).

Os profissionais referem barreiras para que os adolescentes acessem, de forma adequada, os métodos contraceptivos. Os adolescentes são um dos grupos menos contemplados pela PNPf, nem sempre exercendo o direito de escolha, aumentando as morbimortalidades relacionadas (BRASIL et al., 2010b; MBEBBA et al., 2012). Embora a PNPf não faça restrições relacionadas à idade para a escolha dos MAC (BRASIL et al., 2010b, 2010a), cinco aspectos devem ser considerados na escolha do método com o adolescente: a segurança frente às condições clínicas e aos medicamentos utilizados; o estágio reprodutivo, e o risco real de uma gestação naquela idade; o estilo de vida, relacionado ao contexto social e familiar; as referências e vivências relacionadas à reprodução que o adolescente possui; a orientação, em todas as situações, sobre a dupla proteção (BOUZAS; TAKEY; EISENSTEIN, 2013).

O contato do profissional com este público foi associado aos grupos de educação em saúde realizados nas escolas. Essa parceria com a escola atende ao preconizado na PNPf e é, reconhecidamente, espaço importante para que o adolescente acesse informações a respeito do planejamento familiar (GONDIM et al., 2015). Grande parte dos profissionais que responderam à entrevista relatam que organizam estes grupos, principalmente, ao perceberem que a gestação na adolescência é um problema na sua comunidade. Porém, muitas vezes, dificuldades na articulação com outros serviços são referidas pela falta de tempo para as ações, ou pela baixa receptividade das escolas.

As necessidades de saúde são fatores determinantes para o acesso aos serviços (WILLARD, 1982; ANDERSEN; DAVIDSON; BAUMEISTER, 2014), e podem ser percebidas pelo próprio usuário, que procura o serviço a fim de modificar sua condição, ou podem ser avaliadas pelos provedores de saúde, mesmo sem o

reconhecimento dos pacientes. Relacionando as necessidades aos comportamentos em saúde de usuários e de provedores de serviços, é possível compreender a relação entre as ações desenvolvidas pelos serviços e os resultados esperados. O estágio do desenvolvimento tecnológico e o conhecimento profissional modulam a necessidade avaliada, e se modificam com o passar do tempo (WILLARD, 1982). Os comportamentos do usuário influenciam a busca e o acesso ao serviço de saúde ou a insumos como medicamentos.

Um estudo americano demonstrou que estudantes universitárias utilizariam mais métodos contraceptivos modernos se não encontrassem tantas barreiras relacionadas aos serviços de saúde e ao financiamento dos métodos. Essa situação piorou quando houve redução do financiamento para o planejamento familiar. Como conclusão, o estudo traz que o acesso aos MAC, com menor custo, a facilidade em acessar o serviço de saúde e o profissional, além de informação de qualidade são aspectos chave para a diminuição das gestações não planejadas (HOPKINS et al., 2018). Os países da América Latina vêm experimentando importante queda na taxa de fertilidade, sendo devido, em grande parte, à ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, que passaram a ser oferecidos pela APS, subsidiados por governos e/ou por agências internacionais como a USAID e UNFPA (WARD; SANTISO-GÁLVEZ; BERTRAND, 2015).

Para a maioria dos profissionais entrevistados, o planejamento familiar é percebido como uma prática médica. Embora alguns artigos ressaltem a melhoria da equidade no acesso ao planejamento familiar no Brasil, principalmente por ter um sistema público de saúde universal, o planejamento familiar nem sempre é percebido como um direito. Um dos motivos pode estar ligado à própria política, que trata basicamente da distribuição de medicamentos e de acesso a procedimentos, sem trazer, em seu conteúdo, a discussão sobre o direito dos usuários. Ao não fomentar a discussão do direito, não propicia ao profissional a reflexão necessária para que propicie maior aproximação do usuário, tornando-o parte ativa das decisões. Para usuários entrevistados em um estudo, planejar o número de filhos significou liberdade, porém associam o planejamento familiar ao uso de contraceptivos ou ao uso de preservativos, demonstrando a necessidade de despertar, na equipe de saúde, o compromisso na orientação ao usuário (SILVA et al., 2011).

Porém, mesmo sendo avaliado como prática medicamentosa, quando se trata de contraceptivo emergencial, o mesmo não foi percebido como importante instrumento de planejamento familiar, capaz de reduzir significativamente o número de abortos legalizados ou não (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2017). A maioria dos profissionais citou o método apenas quando lhes foi questionado se haviam se deparado com situações de abortos. O método disponibilizado pelo SUS, Levonorgestrel 0,75mg ou 1,5mg, não é considerado abortivo pois atua na inibição da ovulação e na modificação do muco cervical. Por não exercer influência no endométrio ou na mobilização das tropas de falópio, não inibe a nidificação e nem aumenta o risco de gravidez tubária (GLASIER; CROSIGNANI, 2015).

Ao centralizar o planejamento familiar no aspecto medicamentoso, exclui-se a discussão sobre abortamento, que deveria ser reconhecido como uma forma de planejamento familiar, quando em situações previstas em lei. De fato, nenhum dos profissionais entrevistados no estudo citaram o abortamento (legal ou clandestino) como instrumento de planejamento familiar. No Brasil, o abortamento é legalizado em caso de gestação decorrente de violência sexual, quando há risco à vida e à saúde da mãe e quando há malformação fetal incompatível com a vida. Porém, mesmo em casos previstos em lei, há barreiras na acessibilidade ao procedimento, tais como a baixa disponibilidade dos médicos para o aborto e a escassa capacitação da equipe (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A baixa disponibilidade de médicos para o abortamento, mesmo dentro das previsões legais, encontra respaldo no conceito de objeção de consciência, que são preceitos morais individuais utilizados para justificar recusa de cuidados. Por outro lado, diversos artigos científicos que tratam sobre aborto trazem que o profissional de saúde que se dispõe a atender essa demanda também sofre preconceito e estigmatização dentro da profissão (ADESSE et al., 2016). Já em países como a Holanda e o Canadá, o aborto voluntário é legalizado, pois defendem que “toda a gestação seja planejada, que todos os nascimentos sejam seguros e que todas as mulheres sejam tratadas com dignidade” (GOVERNMENT OF CANADA, 2018; NETHERLANDS GOVERNMENT, 2017)

## **7.1 Análise crítica de pontos fortes e fracos do estudo**

Este estudo analítico descritivo, de abordagem qualitativa, apresenta as mesmas limitações de outros estudos qualitativos, ou seja, suas conclusões não podem ser extrapoladas para outros cenários, pois é dependente dos contextos local e temporal. A pesquisa utilizou pesquisa documental, o que pode ter limitações com relação a documentos não disponíveis. Por se tratar de análise de política pública, está sujeita a modificações da mesma durante a análise, o que pode, por vezes, diminuir a sua acurácia.

Por outro lado, estudos qualitativos permitem conhecer a subjetividade dos sujeitos que influenciam nos temas estudados. Este tipo de abordagem metodológica permite que se descreva o “estado da arte” em relação ao tema pretendido, fornecendo subsídio teórico a outros estudos. Por ter inserido outros temas relacionados à saúde e ao direito sexual e reprodutivos, além do planejamento familiar, foi possível coletar informações mais amplas e que não seria possível se o instrumento guia fosse direcionado a apenas o tema principal. Neste trabalho, procurou-se respeitar a representatividade dos profissionais entrevistados, além do cuidado em manter anônimas as informações fornecidas.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Políticas públicas não são processos estanques e a sua análise, principalmente com o foco em sua implementação, é importante para a sustentação de mudanças necessárias ao longo do tempo. O planejamento familiar é um dos aspectos que mais traz benefícios a toda sociedade, pois permite melhoria da qualidade de vida de sua população. A análise da PNPF possibilitou reconhecer o importante avanço na contemplação dos direitos sexuais e reprodutivos para a população brasileira. Porém, fica evidente que ainda há um longo caminho a percorrer para que estes resultados impactem positivamente de forma universal, conforme preconiza suas diretrizes.

O presente estudo demonstrou que o município de Joinville/SC proporciona os insumos necessários para a implementação desta política a nível local, como a distribuição ampla e facilitada de métodos contraceptivos, além de facilitar o acesso a esterilização cirúrgica masculina. Porém, a exemplo de outros cenários, também não preenche lacunas importantes para o sucesso da PNPF, como a falta de uniformidade na disponibilização do DIU e a indisponibilidade de diafragma e laqueadura tubária.

Entre as possíveis soluções para este cenário, sugere-se a elaboração de protocolos que orientem as ações de planejamento familiar. Para que estes protocolos sejam efetivos, sugere-se a participação de representantes da população, além de profissionais, que são os implementadores diretos. Não obstante, faz parte do exercício a orientação da população a respeito de direitos, para que possam estar instrumentalizados o suficiente para as decisões em arenas políticas, possibilitando que as ações sejam revisadas de forma contínua e corrigidas oportunamente.

Este é um dos poucos estudos brasileiros que se propuseram a analisar políticas públicas que visam diminuir iniquidades. Desta forma, abre caminho a outros similares ampliando a compreensão de desigualdades recorrentes na sociedade brasileira e fornecendo subsídio teórico para que possam ser corrigidas de forma justa e humanitária.

## 9 PERSPECTIVAS

A política de planejamento familiar, assim como outras relacionadas a saúde sexual e reprodutiva, necessitam acompanhar as mudanças na sociedade. No final de 2017, houve modificação dos blocos de financiamentos das políticas públicas. A verba para os insumos de planejamento familiar faz parte do bloco de financiamento de farmácia básica, enquanto a política faz parte de um consolidado de políticas referentes a atenção primária, exceto a esterilização cirúrgica, que pertence ao bloco de atenção de média e alta complexidade, com financiamento diferenciado. A longo prazo, essas modificações podem impactar na capacidade de financiamento dos municípios que precisarão administrar as diferentes fontes de financiamento a fim de manter todos os programas necessários à atenção primária.

Outra adequação da política a ser considerada é a modificação de diretrizes a fim de reconhecer e abranger as necessidades referentes às diferenças culturais da população imigrante, que vem aumentando de forma acelerada. O não reconhecimento da diversidade cultural é fator decisivo para tornar inócuos quaisquer investimentos que tenham por intenção a diminuição de iniquidades.

O trabalho também permitiu o reconhecimento da importância do poder dos diferentes atores sociais, incluindo equipes de governos e seus ideais. O Brasil inicia novo período presidencial, com valores tradicionais e altamente embasados em preceitos conservadores. Diante disso, é de se esperar modificações nas diretrizes das ações direcionadas a saúde sexual e reprodutiva, além de dificultar a aprovação de pautas recorrentes, tais como a descriminalização do aborto. Portanto, empoderar grupos vulneráveis, utilizando os espaços de educação em saúde na comunidade e nas escolas, além da abordagem do tema no ambiente de formação profissional, possibilitando o reconhecimento da importância da manutenção de direitos já conquistados, é fundamental para que não se vivencie importante retrocesso.

Outra modificação que deve ocorrer é o aumento da acessibilidade à Laqueadura tubária. Desde junho de 2018, tramita, no Senado Federal, um projeto de lei complementar que, em seu conteúdo, permitirá o procedimento no momento do parto ou pós-aborto e por extinguir a exigência do consentimento do parceiro (a) para a realização. Resta definir a fonte de financiamento para esta ação (SENADO FEDERAL; GABINETE DO SENADOR RANDOLFO RODRIGUES, 2018).

## BIBLIOGRAFIA

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, p. 208–220, 1974.
- ADESSE, L. et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3819–3832, 2016.
- ANDERSEN, R.; DAVIDSON, P. Improving access to care in America: Individual and Contextual Indicators. In: **Changing the US Health care System**. 4. ed. San Francisco: [s.n.]. p. 3–30.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L.; BAUMEISTER, S. E. Improving access to care. In: **Changing the US health care system: key issues in health services policy and management**. San Francisco: Jossey-Bass, 2014. p. 33–69.
- ARAÚJO JR, J. L. C. DE A. J.; MACIEL FILHO, R. M. Developing an operational framework for health policy analysis Desenvolvendo uma estrutura operacional para análise de políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 1, n. 3, p. 203–221, 2001.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S465–S469, 2003.
- BIRKLAND, T. A. **An Introduction to the Policy Process Theories, Concepts and Models of Public Policy Making**. 3º ed. New York: Routledge, 2015.
- BONATI, P.; SAMARATI, P. **Regulating service access and information release on the web. Proceedings of the 7th ACM Conference on Computer and Communications Security**. Athens: ACM, 2000.
- BOUZAS, I.; TAKEY, M.; EISENSTEIN, E. Orientação contraceptiva na adolescência : critérios médicos de elegibilidade. **Adolescência e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 23–30, 2013.
- BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: **Problems and progress in medical care**BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: **Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series. Oxford University Press , London , pp. 71-82.** [s.l: s.n.]. p. 69–82.
- BRASIL et al. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. . 1996, p. 1–107.
- BRASIL et al. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL et al. **Diretrizes Nacionais Para a Atenção Integral À Saúde De Adolescentes E Jovens Na Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde**. [s.l.] Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL et al. **Código Civil e Normas Correlatas**. 7. ed. Brasília: Senado federal, 2016.

BRASIL; GOVERNO DO BRASIL. **Blog do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-anteriores-agencia-saude/1627-sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1319, de 05 de Junho de 2007. . 2007, p. 3.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde: direito de todos. Resultados e conquistas 2009: Uma prestação de Contas à sociedade** Brasília, 2009.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017. . 2017, p. 1–282.

BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas Para Mulheres PNPM**. [s.l.: s.n.].

BUGLIONE, S. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. [s.l.] Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002.

BUSE, K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. **Health Policy and Planning**, v. 23, n. 5, p. 351–360, 2008.

CANNING, D.; SCHULTZ, T. P. The economic consequences of reproductive health and family planning. **The Lancet**, v. 380, n. 9837, p. 165–171, 2012.

CARVALHO, M. DE; BARROS, R. P. DE; FRANCO, S. **Índice de Desenvolvimento da Família IDF**. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003.

CARVALHO, M. L.; PIROTTA, K. C.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saude Publica**, v. 35, n. 1, p. 23–31, 2001.

- CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil : evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.
- CHAMBERS, D. E.; BONK, J. F. **Social policy and Social Programs**. 6º ed. Upper Sadle River: Pearson Education, 2013.
- CHANNOM, A. A.; FALKINGHAM, J.; MATHEUS, Z. Sexual and reproductive health and poverty. In: **Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation**. [s.l: s.n.]. p. 71–73.
- COELHO, E. DE A. C.; LUCENA, M. DE F. G. DE; SILVA, A. T. DE M. O Planejamento Familiar No Brasil No Contexto Das Políticas Públicas De Saúde: Determinantes Históricos [Family Planning in Brazil in the Context of Public Health Policies: Important Historical Factors]. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 37–44, 2000.
- COLLUMBIEN, M. et al. **Social science methods for research on sexual and reproductive health**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012.
- COLOMBINI, M. et al. Factors shaping political priorities for violence against women-mitigation policies in Sri Lanka. **BMC International Health and Human Rights**, v. 18, n. 1, p. 1–13, 2018.
- CORRÊA, D. A. S. et al. Factors associated with the contraindicated use of oral contraceptives in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.
- CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. D. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**, p. 27–62, 2006.
- DARROCH, J. E.; SINGH, S. Estimating Unintended Pregnancies Averted from Couple-Years of Protection ( CYP ). In: **Advancing Sexual and reproductive health worldwide through research, policy analyis and public education**. Nova York: Guttmacher Institute, 2011.
- DINIZ, D. et al. Zika virus infection in Brazil and human rights obligations. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 136, n. 1, p. 105–110, 2017.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 959–966, 2010.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying**

**requirements for health care.** Chicago: Harvard University Press, 1973.

ENGLAND, P. et al. Do Highly Paid, Highly Skilled Women Experience the Largest Motherhood Penalty? **American Sociological Review**, v. 81, n. 6, p. 1161–1189, 2016.

FARAH, M. F. S. GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS: INICIATIVAS DE GOVERNOS SUBNACIONAIS NO BRASIL. **Gênero e políticas públicas. Revista Estudos Feministas**, 2004. v. 12, n. 1, p. 47–71., p. 1–324, 2002.

FARAH, M. F. S. Genero e Políticas publicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47–71, 2004.

FARIAS, M. R. et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 50, 2016.

FERNANDES, A. C. U. R. et al. Saúde da Mulher. In: **Cadernos de Saúde da Família**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS/UFMA, 2017. p. 129.

FREITAS, G. DE L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 424–428, 2009.

GLASIER, A.; CROSIGNANI, P. G. Emergency contraception. Widely available and effective but disappointing as a public health intervention: A review. **Human Reproduction**, v. 30, n. 4, p. 751–760, 2015.

GONDIM, P. S. et al. Accessibility of Adolescents To Sources of Information on Sexual and Reproductive Health. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 50–53, 2015.

GOVERNMENT OF CANADA. **GOVERNMENT OF CANADA**. Disponível em: <[http://international.gc.ca/world-monde/issues\\_development-enjeux\\_developpement/global\\_health-sante\\_mondiale/reproductive-reproductifs.aspx?lang=eng](http://international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/reproductive-reproductifs.aspx?lang=eng)>. Acesso em: 14 set. 2018.

GUIGINSKI, JANAÍNA T, WAJNMAN, S. COMPOSIÇÃO ETÁRIA DOMICILIAR E O ACESSO AO TRABALHO DAS MULHERES ADULTAS–BRASIL 2000 E 2010. **anais abep.org.br**, n. Xix, 2016.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Induced Abortion Worldwide**. New York: [s.n.].

HARDEE, K. et al. **The Police Circle: A Framework for Analyzing the Components of Family Planning, Reproductive Health, Maternal Health, and HIV/AIDS Policies**. [s.l: s.n.].

HARDEE, K.; CROCE-GALIS, M.; GAY, J. Are men well served by family planning programs? **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, p. 14, 2017.

HARPER, C. C. et al. Hormonal contraceptive method choice among young, low-income women: How important is the provider? **Patient Education and Counseling**, v. 81, n. 3, p. 349–354, 2010.

HOPKINS, K. et al. Unmet demand for short-acting hormonal and long-acting reversible contraception among community college students in Texas. **Journal of American College Health**, v. 66, n. 5, p. 360–368, 2018.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em Síntese**. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao>>. Acesso em: 30 set. 2018.

IVANOVA, O.; DRÆBEL, T.; TELLIER, S. Are Sexual and Reproductive Health Policies Designed for All? Vulnerable Groups in Policy Documents of Four European Countries and Their Involvement in Policy Development. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 4, n. 10, p. 663–671, 2015.

KELLY, M. et al. Doctors' experience of the contraceptive consultation: a qualitative study in Australia. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, p. jfprhc-2015-101356, 2016.

KLAESON, K. et al. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 11–12, p. 1545–1554, 2017.

LAURING, J. R. et al. Combined hormonal contraception use in reproductive-age women with contraindications to estrogen use. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 215, n. 3, p. 330.e1-330.e7, 2016.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

MALARCHER, S. A view of sexual and reproductive health through the equity lens. In: **Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. p. 1–12.

MBEBA, R. M. et al. Barriers to sexual reproductive health services and rights among young people in Mtwara district, Tanzania: a qualitative study. **The Pan African medical journal**, v. 13 Suppl 1, n. Suppl 1, p. 13, 2012.

MCPHAIL, B. A. A Feminist Policy Analysis Framework. **The Social Policy Journal**,

v. 2, n. 2, p. 89–106, 2003.

MENDES, E. V. A situação de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENGO, C.; EUSEBIUS, S. A Hybrid Model for Analysis of Policy Making : US Global Sexual and Reproductive Health Issues in Developing Countries Act of 2013. **Journal of Women's Health, Issues & Care**, v. 4, n. 4, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE et al. **Relação nacional de medicamentos essenciais RENAME** Brasília Ministério da Saúde, , 2001.

MINISTÉRIO DA SAUDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E I. E.; DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2007** Brasília, 2007.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. A criminalização do abortamento induzido no Brasil é um total desrespeito aos Direitos Humanos e uma violência contra as mulheres. **anais abep.org.br**, p. 1–12, 2017.

MOORE, Z. et al. Missed opportunities for family planning: An analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. **Contraception**, v. 92, n. 1, p. 31–39, 2015.

MOREIRA, M. HELENA C.; ARAÚJO, J. N. G. DE. Planejamento Familiar: Autonomia Ou Encargo Feminino? **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 389–398, 2004.

NAÇÕES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de setiembre de 1994. **Anais...** Nova York: Nções Unidas, 1995 Disponível em: <[https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa\\_2.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf)>

NAÇÕES UNIDAS. **Sustainable Development Goals**. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org>>. Acesso em: 3 ago. 2018a.

NAÇÕES UNIDAS. **The Millennium Development Goals Report**. New York: Nações unidas, 2015b.

NEGRÃO, T. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. supl 1, p. 164–176, 2012.

NETHERLANDS GOVERNMENT. **Government of the Netherlands**. Disponível em: <<https://www.government.nl/>>. Acesso em: 16 set. 2018.

O.N.U, D. **Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim:



ONU, 1995.

OIT. **Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social**. 1º ed. Brasília: OIT, 2009.

OLIVEIRA, G. C. DE; CAMPOS, C. H. DE. **Saúde reprodutiva das mulheres, direitos, desafios e políticas públicas**. 1. ed. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE SAÚDE REPRODUTIVA E PESQUISA. **Sexual and reproductive Health Core Competencies in Primary Care**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 25–32, 1998.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical care**, v. 19, n. 2, p. 127–40, 1981.

PIZZAROSSA, L. B.; PEREHUDOFF, K. Global survey of national constitutions: Mapping constitutional commitments to sexual and reproductive health and rights. **Health and Human Rights**, v. 19, n. 2, p. 279–293, 2017.

PONCE DE LEON, R. G. et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 2, p. e227–e235, 2019.

QUADROS, M. T. DE; SANTOS, G. M. N. C. DOS. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 1–12, 2017.

RAMOS, F. DE O. S. O direito fundamental ao planejamento familiar e a Lei nº 9.263, de janeiro de 1996. **Jus.com.br, Jus Navigandi**, 2015.

REIS, E. P. POLÍTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS NA TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 9, p. 90–104, 1989.

RIOS-ZERTUCHE, D. et al. Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. **Contraception**, v. 95, n. 6, 2017.

RONSMANS, C. et al. Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. **The Lancet**, v. 375, n. 9730, p. 2024–2031, 2010.

RUA, M. DAS G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos** INDES, , 2009. Disponível em: <<https://www.scribd.com/>>

SAÚDE, M. DA; SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E I. E.; ESTRATÉGICOS, D. DE A. F.

E I. E. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME** Brasília, 2015.

SCHIVONE, G. B.; BLUMENTHAL, P. D. Contraception in the Developing World: Special Considerations. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 34, n. 3, 2016.

SCHNEIDER, H.; GILSON, L. Health systems and the implementation of disease programmes: Case studies from South Africa. **Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**, v. 1, n. 1, p. 49–64, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde , políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2635–2644, 2012.

SEDGH, G.; HUSSAIN, R. Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. **Studies in Family Planning**, v. 45, n. 2, 2014.

SENADO FEDERAL; GABINETE DO SENADOR RANDOLFO RODRIGUES. **Senado Feral**. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7646291&ts=1547867815206&disposition=inline>>.

SHIFFMAN, J.; SMITH, S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. **The Lancet**, v. 370, p. 1370–1379, 2007.

SILVA, R. M. DA et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2415–24, 2011.

SIPPEL, S. ICPD beyond 2014: Moving beyond missed opportunities and compromises in the fulfilment of sexual and reproductive health and rights. **Global Public Health**, v. 9, n. 6, p. 620–630, 2014.

SOARES, L. **O Acesso ao Serviço de Dispensação e a Medicamentos: Modelo Teórico e Elementos Empíricos**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

STARBIRD, E.; NORTON, M.; MARCUS, R. Investing in Family Planning: Key to Achieving the Sustainable Development Goals. **Global Health: Science and Practice**, v. 4, n. 2, p. 191–210, 2016.

TAVROW, P. Promote or discourage: how providers can influence service use. In: **Social determinants of sexual and repTAVRON, P. Promote or discourage: how providers can influence service use. In: Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. [s.l: s.n.]. p. 15–37. roduc. Genebra: Orhanização Mundial da Saúde, 2010. p. 15–**

37.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Towards a theoretical model on medicines as a health need. **Social Science and Medicine**, v. 178, p. 167–174, 2017.

WALDFOGEL, J. Understanding the " Family Gap " in Pay for Women with Children. **The Journal of Economic Perspectives**, v. 12, n. 1, p. 137–156, 1998.

WALT, G. et al. ' Doing ' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, v. 23, p. 308–317, 2008.

WALT, G.; GILSON, L. Review article Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, v. 9, n. 4, p. 353–370, 1994.

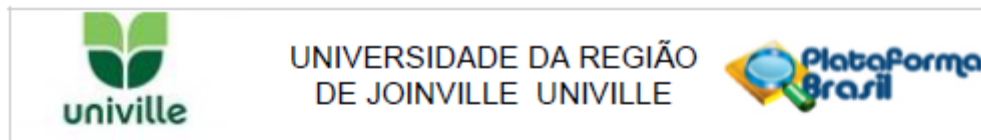
WARD, V. M.; SANTISO-GÁLVEZ, R.; BERTRAND, J. T. **Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years**. [s.l: s.n.].

WILLARD, L. D. Needs and medicine. **The Journal of medicine and philosophy**, v. 7, n. 3, p. 259–274, 1982.

ZHANG, H. X. E; LOCKE, C. Contextualising reproductive rights challenges: The Vietnam situation. **Women's Studies International Forum**, v. 25, n. 4, p. 443–453, 2002.

## ANEXOS

### ANEXO A\_ Parecer Consubstanciado Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE REPRODUTIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSIBILIDADE

**Pesquisador:** ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77220517.8.0000.5366

**Instituição Proponente:** FUNDACAO EDUCACIONAL DA REGIAO DE JOINVILLE - UNIVILLE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.346.134

##### XI- DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

d) Elaborar e apresentar o relatório final;

Modelo de relatório para download na página do CEP no sítio da Univille Universidade.

##### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto "SAÚDE REPRODUTIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSIBILIDADE", sob CAAE "77220517.8.0000.5366" do (a) pesquisador(a) "ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS", de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares foi considerado APROVADO após análise.

Informamos que após leitura do parecer, é imprescindível a leitura do item "O Parecer do CEP" na página do Comitê no sítio da Univille, pois os procedimentos seguintes, no que se refere ao enquadramento do protocolo, estão disponíveis na página. Segue o link de acesso <http://www.univille.edu.br/status-parecer/645062>

##### Considerações Finais a critério do CEP:

**Endereço:** Rua Paulo Malschitzki, n° 10. Bloco B, Sala 117. campus Bom Retiro  
**Bairro:** Zona Industrial **CEP:** 89.219-710  
**UF:** SC **Município:** JOINVILLE  
**Telefone:** (47)3461-9235 **E-mail:** [comitetica@univille.br](mailto:comitetica@univille.br)

Continuação do Parecer: 2.346.134

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville - Univille, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_978278.pdf	21/09/2017 22:29:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoecomitedeetica.pdf	21/09/2017 19:15:13	ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/09/2017 19:11:54	ROBERTA COLVARA TORRES	Aceito
Outros	instrumentoentrevistaprofissionais.pdf	21/09/2017 18:05:45	ROBERTA COLVARA TORRES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/09/2017 08:03:14	ROBERTA COLVARA TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	usodevoz.pdf	21/09/2017 07:59:40	ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/09/2017 07:57:03	ROBERTA COLVARA TORRES MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.PDF	21/09/2017 07:51:09	ROBERTA COLVARA TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

JOINVILLE, 24 de Outubro de 2017

Assinado por:  
Marcela Luolane Lange Silveira  
(Coordenador)

## ANEXO B\_: Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde De Joinville

**Secretaria da Saúde**



Ofício nº184 /2017/SMS/GAB/GGE/NARAS

Joinville, 22 de Novembro de 2017.

**Assunto: Autorização de pesquisa**

Prezado Senhor,


Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada: "Saúde Reprodutiva e Atenção Primária em Saúde no Brasil: Necessidades, Políticas Públicas e Acessibilidade", por parte da aluna do Mestrado em Saúde do Meio Ambiente da UNIVILLE **Roberta Colvara Torres Medeiros**, sob orientação da Prof. Luciano Soares, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde autoriza a realização da pesquisa junto aos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, de acordo com o número de profissionais estabelecidos no projeto. Solicitamos que a aluna apresente esta autorização e o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa às devidas coordenações de cada unidade de saúde, onde for realizada a pesquisa.

Após a conclusão da pesquisa, os resultados devem ser encaminhados ao NARAS para socialização.

Atenciosamente,

  
**Marlene Bonow Oliveira**  
Gerente de Gestão Estratégica e  
Articulação da Rede em Saúde

  
**Patricia Luzia Johann Teochi**  
Coordenadora do Núcleo de Apoio à Rede  
de Atenção à Saúde - NARAS

## APÊNCICES

### APÊNDICE 1\_ Carta de apresentação aos coordenadores

A/C de \_\_\_\_\_

Caro Coordenador (a)

*Meu nome é Roberta Colvara Torres Medeiros e venho por meio deste documento, apresentar o meu trabalho de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE solicitar sua autorização para entrevistar o(s) seguinte(s) servidores lotados na(s) unidade(s) em que você coordena:*

---

*Trata-se de um estudo qualitativo, onde serão feitas entrevistas com os profissionais acerca de saúde e direito reprodutivo, com o objetivo de descrever avaliar a visão dos profissionais a respeito destes temas. Foram escolhidos profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas Equipes de Saúde da Família aleatoriamente, mantendo a proporção entre homens e mulheres.*

*As entrevistas serão agendadas com os profissionais em horário e local a serem definidos pelo próprio, preferencialmente no mês de abril. Caso haja preferência pelo agendamento na UBSF onde o profissional está lotado, comprometo-me a agendar previamente o horário da entrevista de forma a não comprometer o atendimento e deslocar-me até lá para realizar a entrevista. Cada entrevista será gravada em áudio e deve ter duração entre 30 e 45 minutos. Após este período, o conteúdo será transcrito e os áudios serão guardados sob sigilo, em HD externo, de posse da pesquisadora por 5 anos. Após este período, todo material impresso será triturado e o eletrônico deletado.*

*Conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para o uso da voz, a pesquisadora compromete-se a manter sigilo sobre a identidade dos entrevistados. Ressalto que a pesquisa já foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE e conta com a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde. Coloco-me à disposição para sanar quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa ou às entrevistas pelo telefone (47) 984030611, e-mail: betatorresmedeiros@gmail.com.*

*Agradeço desde já.*

---

*Roberta Colvara Torres Medeiros*

## **APÊNDICE 2\_ Mensagem padrão via What's App**

*Bom dia!*

*Sou Roberta, médica da ESF ----- de Joinville e peguei seu contato com....*

*Sou mestranda da UNIVILLE e gostaria de lhe encaminhar um convite para participação na minha pesquisa e alguns documentos referentes a ela. Você poderia me mandar seu e-mail?*

*Obrigada!*



### **APÊNDICE 3\_ Carta de apresentação aos profissionais**

*Caro colega,*

*Meu nome é Roberta Colvara Torres Medeiros, sou médica da Estratégia de Saúde da Família de Joinville e venho por meio deste apresentar o meu Projeto de Pesquisa: SAÚDE REPRODUTIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSIBILIDADE, que é parte da dissertação de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE.*

*Trata-se de um estudo qualitativo, onde serão feitas entrevistas com os profissionais acerca de saúde e direito reprodutivo, com o objetivo de descrever e avaliar a visão dos profissionais a respeito destes temas. Foram escolhidos profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas Equipes de Saúde da Família aleatoriamente, mantendo a proporção entre homens e mulheres.*

*A entrevista será agendada em horário e local a serem definidos por você, preferencialmente na primeira quinzena de abril/18, podendo ser na sua Unidade da Saúde ou, se preferir em outro horário, disponho de sala na UNIVILLE (unidade centro ou Campus Bom Retiro). Cada entrevista será gravada em áudio e deve ter duração entre 30 e 45 minutos. Após a gravação, os dados serão transcritos para análise sendo garantido o anonimato das transcrições, que serão identificadas por letras ("M" para médicos e "E" para enfermeiros), seguidas por um número. Em nenhum lugar do material da pesquisa ficará registrado o nome ou o local de trabalho do entrevistado. O conteúdo transcrito e os áudios serão guardados sob sigilo, em HD externo, de posse da pesquisadora por 5 anos. Após este período, todo material impresso será triturado e o eletrônico deletado.*

*Em caso de não concordância na participação ou até mesmo desistência em qualquer momento da pesquisa, não haverá prejuízo de qualquer espécie a você. A entrevista só será iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para o uso da voz. Lembro, ainda, que a pesquisa já foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, conta com a Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde e com a concordância da coordenação local.*

*Coloco-me à disposição para sanar quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa ou às entrevistas pelo telefone (47) 984030611 ou pelo e-mail: betatorresmedeiros@gmail.com.*

*Desde já agradeço sua participação e colaboração.*

*Roberta Colvara Torres Medeiros*

## **APÊNDICE 4\_ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE REPRODUTIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSIBILIDADE”, coordenada por “Roberta Colvara Torres Medeiros”. O objetivo deste projeto é a elaboração de um panorama sobre como as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres são levadas em consideração pelo programa de planejamento reprodutivo da cidade de Joinville. Para aprimorar o entendimento deste panorama, é necessário compreender os fatores que afetam a efetivação dos programas, tais como a percepção dos profissionais a respeito do tema, visando melhorar o acesso das pessoas e a oferta de serviços e medicamentos. O objetivo geral da pesquisa é analisar como as necessidades de saúde das mulheres são consideradas no programa de planejamento reprodutivo da cidade de Joinville, assim como quais os fatores que influenciam a implementação desse programa.

A primeira fase da pesquisa trata-se de uma entrevista aprofundada. A entrevista será gravada em áudio, caso você esteja de acordo. A assinatura do presente termo inclui a sua concordância em que essa entrevista seja transcrita para compor o banco de dados da pesquisa. Todos os dados específicos sobre você serão coletados e analisados, resguardando absoluto sigilo sobre eles. A guarda de todo o material gerado da pesquisa será de responsabilidade da pesquisadora e estará sobre sigilo, considerando que sua privacidade sempre será respeitada, sendo obrigatório a garantia de manutenção do sigilo e do anonimato. Sua participação não ocasionará custos ou ônus para você, e de nenhuma forma terá algum tipo de remuneração. Assim como todas as pesquisas com seres humanos, esse estudo também pode envolver riscos. Você poderá se recusar a responder alguma questão se causar algum desconforto. Você também poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. O período de sua participação da pesquisa será durante o período de coleta de dados, sendo em abril/2018. Qualquer atividade da pesquisa será realizada mediante sua prévia autorização e agendamento, considerando a conveniência para você. Está garantido que todos os esclarecimentos serão feitos antes, durante e após a realização da pesquisa. Nome do responsável pela pesquisa: Roberta Colvara Torres Medeiros (telefone para contato: 47-984030611 a qualquer horário).

**ATENÇÃO:** A sua participação, em qualquer tipo de pesquisa, é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE. Endereço – Rua Paulo Malschitzki, 10 - Bairro Zona Industrial - Campus Universitário – CEP 89219-710 Joinville – SC ou pelo telefone (47) 3461-9235.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação do sujeito, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisador responsável:

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito e declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 5\_ Autorização Para Uso de Voz**

### **AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado (a), autorizo nos termos da Constituição da República Federativa do Brasil, no seu capítulo X, art. 5, a pesquisadora Roberta Colvara Torres Medeiros, a utilizar minha voz, diante da aprovação do material apresentado, como material de pesquisa, sendo que não será divulgada em mídia alguma. O conteúdo será transcrito integralmente e será utilizado para fins da pesquisa “SAÚDE REPRODUTIVA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: NECESSIDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSIBILIDADE”, que objetiva analisar as necessidades de saúde e o direito reprodutivo no contexto da atenção primária à saúde de Joinville. Estou ciente de que não há pagamento de cachê e que não haverá a publicação direta de minha voz.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 6\_ Dados dos entrevistados

Nome:	Código data, letra da profissão e número de série
DN:	Local de nascimento:
Raça/cor	Sexo:
Escolaridade	Onde foi a Graduação
Onde fez pós-graduação	Vínculo único? Qual a função no outro vínculo.
Tempo de atuação na profissão	Tempo de atuação na APS
Tempo no bairro:	Tempo na UBS
Tempo de residência em Joinville	Bairro onde mora
Religião	
Observações	

## APÊNDICE 7\_Guia para Entrevista

1. *Descreva da forma mais completa e abrangente possível a sua prática profissional relacionada à saúde reprodutiva e sexual na atenção primária à saúde.*
  - a. *Verificar trabalho com e na comunidade:*
    - i. *Houve alguma demanda da comunidade?*
    - ii. *Que atividades*
    - iii. *Algum tipo de trabalho na comunidade, já realizou?*
    - iv. *Há algum outro tipo de abordagem além dessas, alguma ação que já tenha realizado e que não tenha sido citada?*
  - b. *Como você faz essas ações?*
    - i. *Qual a estratégia que você usa nessas ações?*
    - ii. *Essas abordagens envolvem o quê?*
  - c. *Como acontece a tua consulta: me fale mais um pouco sobre isso. (decisão compartilhada)*
    - i. *O que é mais comum na tua prática relacionada à a saúde reprodutiva e sexual*
    - ii. *Se na abordagem do profissional no aconselhamento há espaço para escolha compartilhada.*
    - iii. *Se a abordagem foi paciente -centrada.*
    - iv. *Me dê um exemplo de atendimento que tenha te marcado*
      1. *Já esteve com situações relacionadas à:*
        - a. *infertilidade,*
        - b. *ao aborto,*
        - c. *ao planejamento reprodutivo,*
        - d. *DSTs, HIV,*
        - e. *Câncer,*
        - f. *pré-natal (screening, estado saudável, envolvimento da família e encaminhamento),*
        - g. *puerpério,*
        - h. *adolescentes.*
        - i. *Homossexuais,*
        - j. *Vítimas de violência,*
2. *Como foi a tua formação relacionada à saúde sexual e reprodutiva. Qual a percepção quanto à suficiência e qualidade dessa formação.*
3. *O que você conhece da política municipal, nacional sobre saúde sexual e reprodutiva*
  - a. *se existem demandas corporativas que norteiam as ações.*
  - b. *E o que dessas políticas orientam as tuas práticas, ou dificultam.*
  - c. *Você proporia alguma mudança na política para melhorar a prática? (competências 1 e 2)*
4. *Mais algum aspecto que não tenha sido abordado e que você considera importante?*

## APÊNDICE 8 \_ Entrevistas transcritas:

Entrevista 03/04/18 M01;

*Bom XXX tu consegues me descrever de uma forma mais completa e abrangente possível a tua prática profissional relacionada à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?*

Assim, ãh, a saúde sexual e reprodutiva acho que parte desde a questão da pré-puberdade, a puberdade, é, ah, a gente tenta, já tentar com a questão dos pais, ahhh falar um pouco sobre a sexualidade, porque principalmente no nosso bairro a gente vê que a vida sexual se inicia de/ uma idade muito precoce, né, então, né, até agora há pouco a gente estava comentando que esse ano a gente tinha a intenção de fazer mais uma ação na escola que é aqui na frente do posto, com roda de conversa, palestras sobre o uso de contraceptivos, uso de preservativos, pela questão que tem muita gravidez precoce e DST numa idade muito cedo e na questão de saúde sexual que a gente também faz, além dessas ações educativas, da parte de orientação, é da própria prescrição, né, de anticoncepcionais já logo que a grávida tem o bebê a gente já orienta em relação ao uso de anticoncepcional injetável, é via oral, uso de DIU, de laqueadura que no momento a gente não tá conseguindo mas a gente tenta orientar bastante e também não só a parte feminina, porque sempre focam na mulher, né, como se só ela participasse dessa questão de saúde sexual, mas também na parte masculina, né a gente tenta orientar bastante porque às vezes, os homens ainda têm uma visão um pouco machista de que não compete a eles essa questão de se preocupar com a saúde sexual e reprodutiva, né, como se não fosse da responsabilidade dele... então a gente tenta sempre engajar o esposo, o parceiro no pré-natal, né, orientar sobre a saúde da mãe e do bebê e tratar o mais precoce possível qualquer DST na gestação que possa influenciar na/no bebê na saúde do bebê e da mãe. Assim, que eu consiga me lembrar são mais essas questões que a gente tenta abordar, sabe. Ah, também na questão da/do climatério vem muitas mulheres com queixa de baixa libido, tudo... então a gente tenta orientar ações para, pra não...para como melhorar essa questão porque muitos acabam não achando relevante, mas é uma questão relevante porque eu acho que prejudica bastante até no emocional das mulheres, que prejudica no relacionamento delas com os esposos, que às vezes elas não têm mais lubrificação, não têm mais o desejo e o esposo continua exigindo isso delas, sabe, então a gente tenta trabalhar tanto a parte física como emocional e , é acho que é isso...

*Humm, entendi..., ãhh esse trabalho que tu faz na escola, me conta um pouquinho como é que é?*

Então, por enquanto a gente só fez uma vez assim de fato né, assim de ter que ir lá, agente levou quase toda equipe lá e antes disso a gente passou um filme, a gente selecionou um filme que abordasse um pouco a questão de, é, gravidez na adolescência, DST, mas um filme assim, não um documentário, um filme mesmo, pra prender a atenção deles, porque a gente sabe que se eu chegar só querendo dar palestrinha talvez não prenda muito a atenção deles então a gente sugeriu esse filme daí a escola passou antes de a gente ir lá pra algumas turmas, acho que de nono ano que é mais a parte, assim que eles estão mais nessa coisa sexual, assim, mais exacerbada, e daí depois, um dia depois a gente foi ali de manhã, fizemos uma roda com todas as crianças ali no pátio e daí a gente primeiro induziu eles a começar a perguntar, “o quê que vocês acharam, qual foi a opinião de vocês do filme?” “ficou alguma dúvida?” e daí a gente começou a jogar pra eles primeiro ao invés de só a gente falar e surpreendentemente tinha muita, muita dúvida e coisas assim bobinhas, assim que você não imagina que, por exemplo, meninas que usam pílula do dia seguinte todo dia, sabe, que se preocupam demais, usam preservativo, mais o anticoncepcional contínuo, mais a pílula do dia seguinte toda vez que tem relação então é uso errado, sabe, e também tinha muita ... e ali a gente deixou bem aberto porque tem muita vergonha às vezes delas virem no posto pela questão de tá a mãe ou pai junto ou vergonha de pegar um preservativo lá embaixo, né, eu até achei interessante que eu fui agora ali no (outro posto) e a médica XXX tem uma caixinha com preservativo e lubrificante atrás do computador dela, mas fica bem escondidinho assim, tipo, nem ela consegue ver, daí o paciente consegue pegar porque tem muito preconceito do “o quê que vão pensar se eu pegar um preservativo, ou um lubrificante...”. Então na escola foi isso basicamente que a gente fez e a gente tentou tirar o máximo de dúvidas possível, mas queria fazer mais.

*E essa tua abordagem foi alguma demanda da comunidade ou de vocês?*

foi, foi da escola porque os professores percebem, a professora de ciências pediu né... eles percebem assim o comportamento das crianças nos intervalos, no recreio, tinha até uma lá que diz que agora a pouco foram na escola porque a professora pediu de novo que a gente fizesse esse ano porque uma das alunas, de... acho que de 13 anos está de licença maternidade, nem sabia que existia isso nessa idade (risadas), mas eles pediram, foi uma demanda da escola. A

gente já tinha o interesse, mas era só uma conversa, não era nada assim planejado a gente botou em ação quando a escola veio pedir.

*Alguma outra ação que você lembre que vocês já tenham feito na parte de saúde sexual e reprodutiva?*

Que a gente tenha feito não, a gente só estava com intenção de fazer um grupo de puerpério agora, que tem bastante dúvidas e a gente vê que é muito igual as dúvidas das mães de primeira viagem... a gente estava querendo fazer o grupo de puerpério, mas não fizemos ainda, é um planejamento só

*me conta um pouco da tua consulta. Você falou que aborda todos os métodos contraceptivos, né, me fale um pouquinho sobre essa abordagem, como que é feita*

É, primeiro eu tento ver o perfil do paciente, porque a gente vê assim que tem muitas meninas muito esquecidas, então não adianta eu impor pra usar um comprimido se ela vai esquecer, então primeiro eu pergunto o que ela prefere, “qual que é a sua opção?”. Eu dou as opções: a gente isso, isso, aquilo... daí ela vai me manifestar ou às vezes tem mulher que diz “tenho medo de injeção, dói, não sei o quê, tenho medo de engordar... esses mitos né de anticoncepcional. Então eu primeiro mostro as opções e ela escolhe, né eu me certifico sempre da questão que no início não é instantâneo, você não vai tomar hoje e achar que amanhã você já não vai engravidar, você tem que usar preservativos, né nos primeiros meses assim, né e não protege contra DST, eu tento orientar toda essa questão que ele é exclusivamente pra evitar uma gravidez indesejada, mas que não protege quanto a outras questões de doenças né, sexuais, essas coisas assim, e deixo bem aberto pra opção deles porque às vezes tem mulher que o marido não quer que tome, é assim, uns são bem machistas mesmo, então tem que toda uma conversa de como abordar isso, sem ser... mas eu tento evitar impor nada.... tem mulher que não quer, não quer, quer ter um monte de filho, então tá bom, é uma opção dela.

*E essas que o marido não quer que use comprimido... o que você costuma fazer?*

Assim, foram raros os casos assim que aconteceu, a grande maioria tem essa consciência de não engravidar, é ... o que elas falam assim ah! não quer que o marido... o motivo geralmente é porque o “meu marido acha que eu vou engordar”, “meu marido acha que eu vou ficar com celulite” daí elas tentam ir pra outro...daí eu tento por exemplo, oferecer o DIU também que é uma outra opção, que daí não teria esse efeito daí elas acabam aceitando... que a grande maioria não é assim porque... eu achava né que ...ah! o marido acha que ele vai ser considerado impotente talvez por outros se ele não reproduzir, mas eu vejo que não, que é mais a preocupação estética dele com os efeitos do remédio na mulher.

*Esses atendimentos a maioria é com mulheres, pelo que eu entendi...*

É É, focado nisso é mais mulher. É que geralmente essa queixa vem mais da mulher. A mulher procura sempre, o homem é difícil ele procurar... eles só procuram quando é uma questão assim de impotência sexual, ejaculação precoce e eles vêm morrendo de vergonha e eles tentam evitar falar pra mim... ainda mais por eu ser mulher eles querem é que eu encaminhe... “eu quero um encaminhamento pro urologista”, “mas por quê?” e eles não querem, não discorrem muito. Tem que explorar muito e tentar deixar ele à vontade: “você não precisa ter vergonha isso aqui é um consultório médico, não vou falar nada” fora, né, mas eles só procuram mais por essa questão. Porque a mulher não, tem vários motivos, bem mais amplo assim, o homem é mais por essa questão mesmo

*Me conta uma coisa: você consegue lembrar de algum caso que tenha te marcado?*

\_ de que me marcou mais foi uma questão de gravidez precoce de uma paciente de 15 anos que estava fazendo o terceiro pré-natal... daí esse foi o que mais me chocou... foi logo que eu entrei aqui, só que um ela já tinha abortado, mas já era gesta 3 dela. Eu fiz o último pré-natal dela, o último eu acho, porque depois nunca mais eu vi, não sei se ela ainda mora aqui... e ela vinha consultar com uma criancinha de 2 anos, que já era o filhinho dela... daí isso foi o que mais me chocou pela precocidade de já ser a terceira gravidez, com 15 anos e ela não parecia ter a idade dela, parecia ter uns vinte e poucos anos assim, isso foi o que mais me chocou nessa parte

*Me conta uma coisa, você já esteve em uma situação que envolvesse infertilidade?*

tive em algumas situações, mas geralmente ela não prossegue muito comigo porque daí eu tento investigar o que eu consigo, tanto na mulher como no homem e durante a investigação eu já encaminho pra uma ginecologista, porque a maior preocupação é sempre da mulher né? Que ela seja infértil, que o problema seja dela, então mesmo que o problema seja do marido eu encaminho mais pra que ela tire aquilo...esse peso de cima dela, só que daí eu acabo não tendo seguimento, porque eu começo a acompanhar e depois não voltam

*Há alguma procura dos homens pra esterilização? Ou mesmo de mulheres?*



tem, tem, e eu até me surpreendo porque até a enfermeira aqui, que ela consegue envolver muito na conversa, porque tem muitos casais que chegam que o marido é muito resistente a fazer a vasectomia, eles acham que vão ficar impotentes, algumas coisas assim e ela consegue não convencer, mas explicar que na verdade não é o que se fala daí joga isso pra eles conversarem entre eles e eles acabam aceitando, então tem bastante caso de vasectomia que vem o casal procurar. Daí eu acho legal que não é só o marido, vem o casal

*E esse encaminhamento, como é que você percebe? O encaminhamento pra vasectomia ou pra laqueadura*

É, eles fazem, eu acho que ele é meio moroso, que tem toda uma regra de 60 dias, não sei o quê, até por uma questão pra não voltarem atrás, mas acaba saindo sim, eu acho que funciona até, apesar de tudo. Só a questão da laqueadura que até hoje a gente não tá mais conseguindo, falam que o município não tá liberando... eu nunca sei direito, mas assim, quando eu tenho dúvidas com relação aos procedimentos eu peço pra consultar com a enfermeira porque ela tem lá um dia específico pra atender é a saúde reprodutiva, na verdade o planejamento familiar, né. Ela tem os dias específicos e como às vezes a minha agenda fica um pouco mais apertada e ela tem mais tempo pra conversar daí acaba que quando tem alguma dúvida assim que eu não consiga tirar dessas questões de procedimento até de burocracia que tem que inserir aqui, e tudo, daí eu falo pra agendarem uma consulta com ela na parte de planejamento

*Já esteve em alguma situação relacionada a aborto?*

É, induzido não, aqui não, só aborto espontâneo, né que acontece... que já aconteceu com uma menina que estava querendo muito daí teve um aborto espontâneo, ela veio bem deprimida depois, a gente fez um acompanhamento psicológico com ela, mas, depois ela conseguiu superar bem, mas assim eu nunca peguei de uma que fez um aborto né com intenção... aqui eu nunca peguei...

*Nunca surgiu nem a demanda pra isso?*

Assim, tem muitas gravidezes indesejadas, mas que é surpreendente que elas acabam aceitando depois tão bem no decorrer da gestação que... nossa! Vira um xodó assim... sabe aquela gravidez que ela nunca imaginava e elas aceitam muito bem, elas conseguem trabalhar isso, né, mas nunca peguei de aborto aqui...

*você falou um pouquinho das condutas de pré-natal... pode me contar como ocorrem as consultas de pré-natal*

Ah, a consulta de pré-natal é sempre iniciada com a enfermeira, daí abre o pré-natal né, daí ela faz todos os teste, daí se dá positivo... ela faz todos os testes rápidos de sífilis, hepatite B e C e HIV, passa as primeira orientações, daí solicita o pré-natal do parceiro, daí sempre a gente intercala... isso tudo ela passa as orientações na primeira a consulta, daí inicia o uso de ácido fólico, pede Ultrassom, pede os demais exames da primeira rotina, encaminha pra dentista daí depois na segunda consulta a paciente me traz os exames, inclusive do esposo, daí a gente já vê se tem alguma queixa, alguma outra coisa daí a gente sempre tenta intercalar um mês com a enfermeira, um mês comigo, um mês com a enfermeira, um mês comigo, daí nas últimas, lá por 33 semanas, se não me engano a gente faz consultas a cada 2 semanas só comigo, consultas médicas, daí a partir de 36 semanas toda semana até o parto

*já esteve em uma situação de um paciente homoafetivo ou homossexual te procurando para orientações ou mesmo contracepção?*

hummm já, teve, teve uma... paciente, uma mulher homossexual que ela veio com uma questão mas ela queria fazer o uso do contraceptivo, mas pela questão menstrual dela, ela queria regular, e ela ficou muito interessada na parte de preventivo e eu lembro que até durante a consulta ela perguntou como fazia pra agendar preventivo, ela mandou uma mensagem pra namorada dela pra virem agendarem o preventivo que elas nunca tinham feito por essa questão que elas acham que o preventivo deve ser feito só se você tem uma vida sexual ativa com penetração e elas não tinham. E daí antes de passar comigo, ela tinha passado com a enfermeira e a enfermeira tinha passado todas as orientações dizendo pra ela que não necessariamente, que o ideal é que toda mulher fizesse, daí eu achei legal que ela trouxe essa demanda assim, mas foi mais pra isso assim. Mas eu atendo muitos pacientes homossexuais, mas eles dificilmente eles têm uma queixa relacionada a isso, eles vêm por outras queixas clínicas. Esse foi o único que eu me lembrei agora.

*Você nota alguma diferença racial na procura, na demanda por serviço de saúde sexual e reprodutiva na tua prática, ou não?*

Não, eu acho que é bem equilibrado, não percebo a diferença;

*Você percebia também que a questão é sempre muito machista, você falou que na procura é sempre a mulher que procura, isso na tua prática ela sempre foi assim? Como é que tu percebe isso?*

Eu acho que é uma coisa cultural, que sempre foi assim e eu vejo isso sendo repassado também para homens jovens às vezes até adolescentes porque é isso que ele aprendeu em casa, então ele acaba repassando isso... é uma coisa que eu não percebo mudar muito assim, mas eu acho deve ter sido pior, eu também não sei né, também não tô há tanto tempo aqui, mas assim, pelo que eu ouço histórias acho que era piora ainda antigamente, assim, eu não vejo assim.. a gente tem pacientes que tem bastante filhos, mas às vezes aquelas coisas que tem assim 10 filhos, um atrás do outro... é difícil, a gente tem assim, um ou outro que tem 6 filhos... o que eu percebo mais é que eles têm filho muito cedo, mas não chega a ser em grande quantidade... depois que eles têm o primeiro eles daí eles começam a se cuidar, daí não têm mais tanto, né?

*Assusta, né?*

*Você já teve na tua prática alguma vivência com vítima de violência sexual?*

Não .... eu tive uma vez um relato de uma suspeita de uma criança mas que era uma coisa meio vaga, não foi uma demanda da criança, a criança não tinha nada mas a escola achou meio suspeita a relação dela com um tio, que na verdade é como se fosse o pai dela e ele tinha um comportamento muito amoroso com a criança mas nunca foi visto nada dele tocar ela nem nada assim e a mãe ficou até meio, como é que eu posso falar, assim, revoltada com essa suspeita, porque ela não acha que isso.... ela acha que isso não cabe à escola julgar. Então a gente até chegou a pedir, como era uma criança, não tinha nenhum, nenhuma menção dela ter sido tocada, ela não referia nada, então a gente pediu uns exames e encaminhamos ela para um acompanhamento psicológico, com um profissional mais capacitado tentar abordar se isso realmente procedia ou não

*e violência de gênero, marital?*

Hummm, não, que eu me lembre não, felizmente não... de que uma mulher que sofreu agressão do marido, assim, física, né, mas tem muitas que chegam chorando porque o marido é grosso com ela, não ajuda em nada em casa, daí já quer usar um antidepressivo, já quer né.... isso tem bastante, mas assim de agressão física não

*E tem bastante demanda por essa sobrecarga?*

tem, principalmente eu vejo assim mulher de 50 anos, mais ou menos assim, elas têm essa queixa da sobrecarga em casa, às vezes um marido que nem trabalha mais, às vezes são maridos que já estão até se aposentando e que continuam nessa questão que a mulher tem fazer todas as atividades da casa... e muito alcoólatra né, muitas se queixam de marido alcoólatra, que ele é agressivo verbalmente mas talvez elas até tenham sofrido agressão física mas não me mencionaram e eu nunca vi nenhum sinal também

*me conta uma coisa, como é que foi a tua formação relacionada à saúde sexual e reprodutiva?*

Olha! eu acho que foi boa assim, eu tive na faculdade professores muito bons. Eu tive uma professora que era uma ginecologista que ela tinha lá uma subespecialização na parte de sexologia, então ela era bem aberta pra falar, ela dizia "ah eu adoro falar sobre sexo". Ela sempre era bem aberta, até pelas questões pessoais nossas de dúvida assim, acho que foi bem legal.

*e você considera como suficiente a tua formação?*

ah acho que suficiente nunca é. Acho que a gente sempre pode aprender mais, né..., mas eu acho que eu consigo, mesmo tendo um perfil mais tímido, durante a consulta eu consigo me abrir bastante e tentar deixar o paciente à vontade. Acho que consegui superar essa questão que é minha pessoal, de timidez, porque tipo na minha criação em casa nunca houve conversa sobre sexo e essas coisas, então isso é uma coisa que eu não tinha em mim, mas que durante a faculdade, a prática clínica eu consegui me desenvolver e me tornar bem aberta a falar sobre isso, mas que no meu pessoal, em casa eu não tinha essa abertura com meus pais.

*e O que tu conheces sobre a política municipal de saúde reprodutiva e sexual?*

Olha, não conheço muito eu conheço assim... que eles oferecem gratuitamente anticoncepcional, preventivo, procedimentos de vasectomia, essas coisas assim, DIU, mas o que eu sei de política é mais voltado pra isso... eu não presenciei uma política de fora assim pra educação sexual e reprodutiva, eu não sei...

*e da política nacional?*

não também nunca pesquisei sobre isso né, talvez eu possa falar que numa dessas tem e eu não sei, nunca fui atrás.

*Existe alguma demanda assim da profissão pra isso? Algum código de ética que norteia a conduta, como é que você lida com isso? A gente sabe que existem códigos explícitos e não explícitos*

Olha eu não sei, na questão de código, tipo assim tu questionas, tipo vem uma criança com uma queixa assim uma demanda que de repente eu exigisse a presença dos pais junto, isso?

*Sim...*

Sim teve uma vez uma menina que estava querendo engravidar e ela comentou com a enfermeira e a enfermeira deu ácido fólico pra ela. E ela queria engravidar, só que era uma coisa que só ela e o namorado tinham conversado entre eles e os pais nem dele e nem dela sabiam, Daí o pai no dia seguinte veio extremamente revoltado porque ele sabia que o ácido fólico é usado por quem tá querendo engravidar, no início de gestação e ele veio questionar quem que tinha passado isso pra filha dele, né... nessa questão a gente ficou meio que no impasse porque a menina veio com essa queixa, essa demanda e que ela fez e ela não ia negar pela idade dela, pelo que se ela queria engravidar numa idade tão cedo é uma opção dela mas que ela estivesse bem orientada, né, então a gente não vai proibir ninguém de engravidar só porque você é jovem mas o ideal é sempre tentar falar com os responsáveis, pois isso não vai envolver só ela, vai envolver todo mundo na família... então a gente ficou meio que num.. porque a gente não sabia nem como lidar com isso e eu não fui ver com relação a código, se isso foi ético o que a enfermeira fez, ou se não foi, se a gente podia ter feito ou não se a gente devia ter chamado os pais. A gente sabe que o paciente tem a questão de sigilo que tem que ter, né, mas não era algo que colocava em risco ninguém ao redor dela. Então a gente ficou num impasse.

*Você tinha dito que a política tem relação com a distribuição de métodos... você acha que a política poderia modificar pra melhorar a prática?*

eu acho assim, ó, que eles focam muito na prevenção da gravidez, mas nem sempre a gra... os adolescentes não têm muita noção do que é ter um filho, do que envolve ter um filho, eles acham que é brincar de boneca às vezes, então eu achava assim... uma coisa bem vaga, tinha que ter um investimento na questão de como é, pra ver se aquilo é uma opção válida ou não... porque eles focam muito na questão da prevenção de gravidez, mas até pela questão cultural eles não sabem muito bem assim, pra quê eu vou prevenir, mas eu queria ter um nenezinho pra cuidar, não é ruim, então tem que ver que não é só um nenezinho pra cuidar, que o nenezinho vai crescer que tem toda uma questão de contexto que vai envolver a criança né, então de mostrar mais como que é criar um filho, mas eu também não saberia nem como abordar isso

*Tu és associada a alguma associação de classe?*

Do SIMESC, do sindicato dos médicos

*tem algum outro aspecto que não tenha sido abordado nessa conversa e que tu consideras importante?*

de saúde sexual e reprodutiva?

*sim*

não, acho que não, foi bem amplo...

#### Entrevista 040418E01

*Tu poderias me contar de uma maneira bastante detalhada, mais ampla possível a tua prática relacionada à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?*

Bom, a gente tem uma abertura bem grande no atendimento, então assim nós não, não atendemos grupos específicos, né de planejamento familiar, de orientações, de resultado de preventivo. Tem algumas colegas que costumam fazer essas atividades, eu não faço. Eu costumo fazer um atendimento individual, a gente investe bastante nisso na orientação e nos grupos em geral que a gente faz. Então nós temos um grupo de projeto interdisciplinar né que a gente tem as mulheres, nós temos atividades com homens também. Então a gente aproveita esses grupos para fazer uma orientação geral, ela nunca é direcionada, NE, para grupos de planejamento ou orientações específicas. A gente faz um trabalho individual e nos grupos em geral, em orientações.

*E esses grupos, essas orientações, que você lembre, foram uma demanda da comunidade ou uma demanda percebida por vocês?*

uma demanda percebida. O meu problema aqui nunca foi assim... eu não tenho altos índices de gravidez, eu não tenho altos índices de gravidez na adolescência, meus indicadores são bem tranquilos nesse sentido, sabe? E pelo, quando eu faço o controle, eu tenho todo um controle da gestação. Quando a gente faz a gente percebe que a grande maioria é planejada, a gente não tem muito problema em relação a intervir em relação a isso a controle, e, é, a gente gosta de deixar bem à vontade assim em relação aos métodos, né e não costumamos direcionar para nenhum método mas a gente gosta sempre de dispor todos os métodos que a gente tem, e a orientação individual e principalmente pro casal. Eu recebo e atendo muito casal, é..., porque dentro da proposta da política a gente traz o pré-natal do homem, tenta trazer pelo menos, né, e a gente já tem uma resposta boa assim em termos de atendimento do casal e da participação do homem então a gente procura não direcionar essa questão

da saúde sexual e reprodutiva com as implicações assim só para a mulher. A gente gosta de trazer o homem, trabalhar com o casal. Então normalmente a gente faz isso bem controlado, não tem uma demanda muito difícil de manejo. Então a gente é “portas abertas”. Se o casal chegar aqui hoje e precisar de uma orientação, se a mulher está com alguma queixa, alguma dúvida, ela vai ser atendida, ela vai ser acolhida sempre, e conforme essa percepção da necessidade dela, mas com o que traz, porque meus indicadores... eu não tenho alto índice de DST, eu não tenho né indicadores de gestação assim que precise investir muito nessa questão.

*e nessas atividades com a comunidade, nessas atividades de educação em saúde, que tipo de abordagem é feita, é realizada?*

olha a gente faz uma série de abordagens... agora ultimamente foi com a ginecologista, agora a partir do ano passado, acho que foi... entrou a ginecologista na nossa unidade e aí ela entrou um pouquinho mais assim nessas questões de educação e eu saí um pouco. Mas antes eu, a gente investia muito em oficina, em brincadeiras, em atividades dinâmicas para trabalhar essa questão. O climatério, por exemplo, que é uma procura muito grande em orientação, a gente procura trabalhar dentro do projeto interdisciplinar. Então ali eu tenho a psicóloga, eu, a dentista... são vários profissionais né que costumam fazer as atividades educativas. A psicóloga trabalha também essas questões, a gente discute para ver o que que vem delas, o que que as usuárias estão precisando. Normalmente a gente faz isso, também pelo que eu atendo e ouço bastante a comunidade, eu consigo também ter essa leitura do que a gente precisa mais investir.

*e o que que é mais comum na tua prática que venha dessa demanda delas, essas dúvidas.*

ah, pega um pouquinho assim a questão da sexualidade, que daí a gente já tem um manejo um pouquinho mais difícil de realizar em questão da queixa das mulheres em relação à libido, ao prazer, né isso... quanto mais, não é só na faixa etária acima dos 40 assim, de outra geração, mas a gente vê que essa geração também precisa desse investimento então o que elas me trazem mais... porque ali eu tenho de todas as idades as mulheres né e às vezes a gente tem uma certo cuidado de abordar porque eu vou ter faixas etárias de 80 anos, eu vou ter faixas etárias de 16, de 20, de 30, de 40. Então a gente tem um pouco de dificuldade, não é tão fácil NE, o manejo com relação à questão de sexualidade que elas trazem com relação à libido.

*nessas procuras, nessas consultas individuais, quando elas vêm procurar por um método ou um instrumento de prevenção de gravidez, o que é mais comum na tua prática, que as procuram*

é ah... eu costumo sempre orientar. Eu disponho de um tempo assim que eu gosto de investir, né, então eu tenho uma pastinha com todos os métodos. Eu coloco aqui em cima, eu mostro o DIU, é... eu mostro os métodos cirúrgicos... eu mostro tudo, e sempre coloco a participação do homem também nesse processo. O investimento eu gosto que elas conheçam o DIU, os métodos não hormonais, os métodos de barreira, mas o que mais tem a procura, no sentido de tranquilidade delas é o injetável, o que mais tem a procura. Depois o que mais tem a procura em segundo lugar é o oral e em terceiro o DIU e assim a gente não tem muita opção na verdade, porque a laqueadura é um pouquinho mais complicada o trajeto, né então a gente tem mais a procura em relação à vasectomia, por último a vasectomia. Não tenho tido problemas porque os homens que tem dúvida... A gente orienta primeiro a mulher daí ela chega em casa e ela orienta, fala para o homem né, daí ele já vem mais tranquilo... a gente não tem tido problema em relação à vasectomia. A laqueadura é quase que inatingível. Os casos complicados que eu tive, que eu precisei de laqueadura a gente não conseguiu

*E essa tua percepção de oferecer todos os métodos foi uma percepção tua ou você foi orientada em algum momento, ou foi na tu prática... como é que foi?*

é na prática, né... desde sempre na verdade, a gente tem que investir nessa questão, né. Saúde sexual e reprodutiva faz parte né do nosso cardápio né?

*me conta uma coisa tens algum exemplo de algum atendimento, alguma coisa que tenha te marcado bastante?*

é que não consegui acesso?

*tanto faz, que conseguiu, que não conseguiu, tanto positivamente, quanto negativamente. Aquilo que foi mais significativo para ti.*

significativo em termos de sofrimento assim que eu lembro, em relação ao DIU. A paciente colocou e não retornou e depois quando retornou ela teve uma gravidez ectópica, ela teve uma série de complicações, mas isso foi um sofrimento no caso para a paciente que a gente acompanhou depois, né, ela teve que fazer a cirurgia e foi uma coisa que eu me lembre. Em relação à vasectomia também que foi muito traumatizante porque a gente teve que fazer o manejo depois da família... sabe aquele caso que não poderia ter acontecido? Foi exatamente o que aconteceu. Ela já tinha uma patologia neurológica, ela tinha uma série de complicações... era assim uma bomba relógio. E aí a gente fez, fez espermograma, tudo liberado. Não deu 8 meses e gravidez! Então, até manejar tudo de novo, gravidez de risco... rezando para que não acontecesse nada... então para mim foi traumático porque a gente

teve que prestar um atendimento assim mais cuidadoso e de alguma forma a gente se sente culpado. A falha que aconteceu foi uma falha cirúrgica, depois foi... a gente se sente de alguma forma, né... porque somos nós que estamos aqui...

*É a gente que está na frente, né? Me conta uma coisa: nesse manejo tu teve algum apoio, para manejar esse caso, por exemplo?*

ãhh, da vasectomia?

*é, no caso da vasectomia, por exemplo, teve algum apoio, foi fácil o encaminhamento?*

posso ser sincera (risos)?

*O mais que tu puderes!*

A gente está tão acostumada a não ter apoio que a gente desenvolve aqui né conforme as nossas possibilidades. Mas a resposta é não. Apoio, não.

*E esses encaminhamentos para a vasectomia, encaminhamento para a colocação de DIU, como é que tu percebes na tua prática?*

ah tá. Nós temos um pouquinho em relação ao DIU, acho que tem um momento agora que tá mudando, com essa ginecologista também é um novo momento porque ela está se mostrando disponível para inserir, só que nós não temos ainda o material, não fomos autorizados a fazer esse procedimento aqui né. Então eu ainda estou mandando para a referência nossa que é no (nome de outra unidade). A gente fica com o paciente, mesmo o paciente tendo que voltar lá, fazer o acompanhamento com o ginecologista, a gente fica com ele aqui e principalmente as mulheres. Como eu gosto de ter um cuidado um pouquinho mais atencioso, né em relação a não entrar naquele esquema de ver só a cada 3 anos, então ter um acompanhamento um pouco mais próximo dessas mulheres. Eu sempre oriento quando eu mando para o DIU que a gente precisa...que o segredo do DIU é o acompanhamento. Se você faz o acompanhamento lá com especialista e aqui com a gente, sempre observando e atento a tudo, daí acho que é tranquilo.

*já esteve relacionada a alguma situação que envolvesse infertilidade?*

Esse é o maior problema... se você me perguntasse qual o problema, eu vejo como esse! A infertilidade, a investigação eu vejo que assim, barra, parece que não vai... eu já tive alguns casos aqui de vir, a gente começa, faz a nossa parte, mas quando tem que dar a continuidade não vai, os exames um pouco mais, e eu acho que assim... eu sempre falo isso na orientação: assim como você tem o direito de ter o método pra evitar ter filho você tem o direito aos exames à investigação e a possibilidade de tratamento se você quiser ter filhos. O SUS garante isso também, faz parte da política, mas a gente não anda muito as investigações, parece que para num certo momento. Pelo menos um retorno quando eu vejo o paciente, o usuário, a mulher, o homem ou o casal e questiono o que está ali, na investigação, que eles queriam ter filho, tu notas assim que: ah que não deu nada, mas ...entende? não vai.

*Fica aquilo pendente, né? já esteve envolvida em alguma situação que envolvesse aborto?*

não. Por incrível que pareça, tenho 23 anos de formada e eu nunca tive. Nunca tive um caso assim. Às vezes quando você faz um preventivo você tem como ter algumas percepções assim... mas, que me comunicassem abortamento é, não, nunca.

*você já imaginou uma situação se alguém viesse te procurar com essa demanda, você já imaginou de que forma você conseguiria lidar com isso?*

É... a princípio... são 2 coisas diferentes né? Uma coisa que não é divulgada, por exemplo, é a pílula do dia seguinte. Nós temos aqui a pílula, a gente pode fazer a prescrição, mas assim, até eu já pensei nisso, mas fiquei com medo de falar numa palestra ou numa oficina, numa educação em saúde... eu fiquei com receio de falar. Isso não é divulgado. Então nós temos a pílula do dia seguinte, mas sinceramente nunca houve nenhuma prescrição. Com relação ao aborto, se houvesse uma procura, é... eu não teria uma conduta pró, digamos assim... Com certeza eu ia avaliar a situação, avaliar o contexto avaliar o momento da usuária, junto com ela né e buscar o apoio familiar. Eu acho que teria essa conduta, mas nunca tive. Eu só imagino que eu teria essa conduta.  
*entendo, é difícil isso...*

Vai depender do contexto.

*com relação a rastreamento de câncer como é que é a tua prática?*

eu tenho um controle, não dos alterados, né? Do rastreamento, né? Então, a gente... eu tenho 7 micros áreas com uma população de cerca de 6 mil e poucos habitantes e não conheço a minha comunidade toda. Quer dizer, conheço a comunidade, mas não conheço todos os problemas dela, porque eu não tenho agente comunitário em todos, eu só tenho 2 agentes comunitários de 7. Então... antes eu tinha um controle que a gente fazia de todas as mulheres da faixa etária... Quando veio o E-sus, eu conseguia o relatório do e-sus (Ah, maravilhoso!!), e aí a gente fazia mais ou menos uma avaliação por aquele relatório. Como as agentes comunitárias são muito boas, elas faziam em outras micro áreas, sem problemas, elas faziam busca, faziam controle, me traziam das micro áreas dela, das mulheres que estavam no período e tal. Hoje não tenho mais nada disso, porque no sistema eu não consigo fazer

esse relatório que eu conseguia com e-sus. E as agentes comunitárias estão fazendo outro trabalho agora porque ... daí então também já não tenho mais esse controle. Eu tenho um caderno de controle que eu faço no final do ano uma avaliação de todos que vieram... das mulheres que estão há mais de 3 anos, os casos alterados... eu tenho outro caderno que eu faço controle daquilo que eu tenho que buscar é... e assim... infelizmente é assim... Ah e agente conta muito, esqueci, um detalhe importante que eu quase esqueci...a gente tem uma afinidade muito grande com o conselho local e com a comunidade. Então eu tenho liderança, eu tenho multiplicadores, eu tenho contato com a Igreja eu tenho com todas as Igrejas que tem aqui né... eu tem os pastores ...eles estão num grupo (de WhatsApp) eu tenho um grupo com eles...e aí quando eu vejo que caiu muito, daí eu aciono eles, eles colocam um aviso na Igreja, falam...e daí Nossa!, e daí eu tenho que parar, porque daí eu não dou conta. Há uns 3 meses, não... no início, janeiro/fevereiro... eu tive que trabalhar de noite! Eu trabalhei de manhã, de tarde e de noite fazendo preventivo. Porque a nossa população é tão grande que uma só enfermeira não dá conta e aí a gente tem que trabalhar de noite para dar conta. Porque eu estou recebendo muita gente de fora: Maranhão, Amazonas, de tudo que é lugar ... São mulheres que nunca fizeram preventivo, haitianas nunca fizeram. Então minha demanda ficou um horror, não só daquelas que eu costume, da minha comunidade, mas dessas que estão vindo de fora e estão desassistidas...

*E com relação ao pré-natal, como que é na tua prática?*

ah, pré-natal eu adoro, eu gosto dessa forma de, do protocolo, acho muito bacana a enfermeira, o médico, a referência... volta para nós... então assim, você vincula com aquelas gestantes de uma forma que assim eu, sinceramente, acho imprescindível, para você tem um bom pré-natal. Eu estou falando em todo sentido de um bom pré-natal. Não só a parte clínica..., mas ela confia em ti, então quando ela confia, daí pronto, daí você consegue saber tudo, você consegue trabalhar as questões familiares, as questões sociais, é... e gosto desse protocolo que vincula os profissionais. O pré-natal, sinceramente, é top. Se eu estivesse grávida eu queria um pré-natal desses.

*com relação ao puerpério, como e que é a tua prática?*

Puerpério é um pouco mais difícil também, porque a gente... agora, antes não era, mas, agora como a gente passou por algumas adaptações na equipe e ficou um pouco complicado. Porque no início a gente não tinha atendimento ele (o médico) não atendia esses casos, a gente não conseguia com a ginecologista, aí na minha..., no meu atendimento, normalmente, eu costume fazer junto com a carinha já uma abordagem e depois quando a mãe vem aqui, que aí a gente já agenda e tudo, faço o controle da adesão ao SIS pré-natal também para fechar o SIS. Mas o puerpério a gente peca um pouquinho por falta de vaga.

*e adolescentes, tem demanda?*

ah! Adolescente é top, é muito bom! Quando eu cheguei aqui a gente fez um diagnóstico, então nós tínhamos um diagnóstico muito ruim com relação à violência eu recebia muita mãe reclamando, doente, a família adoecendo, né pela questão adolescência no ciclo de vida... e aí os agentes comunitários traziam muitos problemas, muitos, muitos relacionados a isso. Daí a gente resolveu fazer um projeto. Esse projeto durou 5 anos e a gente conseguiu intervir em todas as questões, a questão maior foi da violência que a gente conseguiu fazer aquela queda de 90% da violência e depois desse projeto a gente soltou. As coisas que a gente fez, elas continuam, nós temos atividades profissionalizantes, desportivas, cultural. Continua tudo aquela proposta inicial, mas como a gente conseguiu um vínculo tão bom, uma resposta tão boa, foi automática assim que a gente tem...Eu pelo menos atendo bastante adolescente, atendo muito adolescente.

*e tem essa demanda para a saúde sexual e reprodutiva?*

Sim, bastante, então é uma rotina que consolidou. Tanto que eu não me preocupo mais. Antes era uma preocupação constante, que a gente se envolvia, direcionada para isso. Hoje eu não me preocupo porque, pelo menos, não tenho as famílias adoecidas por questões de álcool, não que não tenha, continua, né, a gente sabe que tem a percepção digamos assim do indicador, do que passou do limite. Não tenho problemas com relação à gravidez na adolescência, por incrível que pareça. Tem duas adolescentes, mas planejaram, né e é isso assim. O Adolescente costuma ser o nosso... e, além disso, a gente costuma fazer atividades anuais voltadas para eles assim porque daí a gente trouxe as especialidades, a oftalmologia, a gente trouxe a parte de sexualidade a gente traz algumas coisas que foge um pouco da nossa alçada, que a gente acha que precisa de um pouco mais de investimento a gente sempre traz. Ultimamente eu tenho... não tenho olhado tanto para isso porque está tranquilo.

*não houve uma demanda maior...*

é...

*já esteve em alguma situação onde um homossexual tenha te procurado para orientações?*

já, já. Me recordo, agora eu já tenho um manejo melhor...(risos), mas eu me recordo do primeiro que sentou na minha frente e não faz tanto tempo assim eu já estava em Joinville, faz uns 12 anos... e sentou na minha frente era um transexual e veio me pedir: "eu quero fazer os exames que toda mulher

faz". Daí aquele momento eu lembro que eu fiquei perplexa, sem muita reação (risos), mas hoje eu recebo bastante. Quer dizer, eu não tenho muito assim, mas eu recebo eles e consigo... eles vêm me procurar para a orientação, para fazer os exames e principalmente por causa da testagem rápida... vincula, né? Que daí tu já aproveita o gancho para outras abordagens... depois da primeira consulta tu nota que eles costumam voltar, mas seguida assim, né quando eles têm alguma dúvida alguma coisa assim, eles voltam.

*já esteve com alguma vítima de violência?*

já, já e Graças a Deus a gente, assim, eu fico bem tranquila em relação a isso porque todos os casos de violência, toda a equipe assim não desligou 1 minuto até os desfechos, entende? até você saber que aquela mulher está protegida, vai estar bem. Eu tenho um agora, o último que eu tive, inclusive semana passada a ACS estava me falando sobre esse caso..., e o ACS é imprescindível, porque ele conhece toda a comunidade, e tem um olho clínico. Impressionante como eles têm um olhar clínico para o problema. Eu disse "para de farejar problema, eu não tenho forças..." (risos). Mas elas conseguem captar e trazem sempre os problemas. E esse caso ela me trouxe semana passada que eu pensei que a gente tivesse, né?... porque eu acompanhei o casal, referenciei, eles foram acompanhados, estava naquele período de tranquilidade, mas agora pelo que ela está falando, voltou a agressão, então a gente já tentou contato, ele sumiu... Isso já faz 3 anos que a gente está acompanhando. É uma coisa contínua, infelizmente a gente sabe que agressor e a vítima enquanto tiverem aquele comportamento, mas é contínuo a gente tem que estar sempre...

*como é que você percebe o apoio nessas situações?*

olha, eu sempre faço notificações, nós temos um núcleo, mas parece que o núcleo... no início era uma coisa agora o núcleo se tornou só notificação, então assim a gente consegue, às vezes você tem parar, tem que ter um tempo para ligar, a gente eu pelo menos, na minha experiência, eu acredito mais no contato direto. Eu falo com assistente social, eu falo com toda... que a gente não tem NASF, né, mas aí você sabe mais ou menos com o tempo... eu sei os profissionais de Joinville, com quem eu tenho que falar, com cada caso e é assim.

*mas como foi a tua formação relacionada à saúde sexual e reprodutiva?*

(interrupção da entrevista por demanda para o profissional)

A formação em saúde foi no Paraná, na (nome da Universidade), e foi muito, o investimento muito grande que eles faziam para a gente ter os conhecimentos. A gente sabia da política, a gente sabia de todos os métodos. Houve um investimento no caso da instituição nesse sentido, sabe. A saúde da mulher era muito forte... nessa época era por departamentos, né, saúde da mulher..., mas o investimento sempre foi ao casal, por isso a gente procura ter uma visão mais ampliada da política

*O que tu conheces da política municipal?*

é da política municipal conheço a deficiência em relação à definitiva, à laqueadura, é, conheço a oferta dos métodos que a gente disponibiliza, o fluxo, a referência.

*e da política nacional?*

Ah a política nacional eu costumo ver um pouquinho mais da saúde da mulher... esses dias eu até estava lendo e nossa é tanta coisa... é sempre a mesma coisa, não muda nada, mas assim no caderno tem tanta coisa que a gente precisa estar lendo, precisa estar atento que você acaba esquecendo no dia a dia... aquele caderno me chamou atenção... foi o último agora e até eu deixei ele separadinho... uma hora quero dar uma olhada, mas é difícil, né a gente não tá tendo nem tempo pra... antes a gente tinha as quartas feiras todas né pra isso, a gente discutia casos, a gente estudava, via telessaúde, agora a gente não tem mais tempo... então falta isso.. falta um pouco conhecer... porque esse caderno eu gostei da forma como ele lida com algumas situações, que eu acho que preciso olhar mais...

*você acha que as políticas influenciam no teu dia a dia, nas tuas condutas, na tua abordagem?*

é, as mais antigas, porque essas mais atuais eu não consegui... como eu te disse eu comecei a ler algumas situações ali do caderno..., mas as antigas sim, com certeza

*existe alguma regra ou ordem, explícita ou não da categoria, da tua profissão, que dite alguma regra no atendimento com relação à saúde sexual e reprodutiva? Alguma norma que você conheça, ou que influencie o teu dia a dia?*

hummm tinha, uma vez eu acompanhava..., mas não vou lembrar agora, porque faz tempo, mas atualmente não.

*você é associada a alguma sociedade ou não?*

\_ não

*disso tudo que a gente abordou: existe alguma coisa, algum aspecto que tu consideres importante e que não foi abordado?*

assim, eu acho que é interessante uma coisa que me chama atenção o fato que as questões hormonais... nós já tivemos 2 óbitos e eu não gosto assim de perceber que a gente falha um pouco nisso. Então as questões hormonais, uso dos injetáveis... hormonais, daí a paciente usa tabaco...

\*Ao final da entrevista a profissional relatou que houve problemas com o médico que atuava na equipe anteriormente e que ela chamou atenção ele para o fato e depois ele ficou mais cuidadoso, mas era uma coisa que incomodava ela.

Entrevista 040418M02

*Tu podes me descrever de uma forma mais completa e mais detalhada possível a tua prática com relação à saúde reprodutiva e sexual na atenção primária?*

A minha prática em relação à saúde reprodutiva, o que eu faço: geralmente eu oriento a parte de anticoncepção e ... eu vejo o seguinte, se são mulheres mais jovens, né, eu procuro orientá-las no sentido de éhhh ter filhos mais tarde, né e daí, assim mostrando todos os tipos de anticoncepcional, para ver qual que ela se adapta. Quanto à vida sexual assim, ehhh chega muito pouco, geralmente quando eles me trazem esse assunto é mais porque ou está com diminuição de libido, geralmente mulheres ou homens também e que muitas vezes o que eu faço: ou eu passo alguma coisa, algum medicamento, se tiver assim, dependendo do caso e muitas vezes acabo encaminhando pra fazer, pra passar por um psicólogo, alguma coisa assim.

*(nome da profissional) Tu podes me descrever um pouco mais profundamente essa tua consulta, como é que é? Como ocorre essa escolha do anticoncepcional? Na tua prática, o mais comum*

bem, eu geralmente vejo, pergunto para a pessoa eu dou a opção de ter o que tem aqui na unidade básica porque se caso ela não tenha condições de comprar ela vai poder pegar aqui. Então sempre coloco esse primeiro e depois se a pessoa diz não, eu já usei, quero um outro, daí vou ver algum assim mais baixa dosagem, alguma coisa assim, ainda mais se for uma menina assim adolescente, essas coisas

*certo, como é que é a escolha, quais são os critérios para escolher um método ou outro...*

eu sempre quando é para escolher assim eu, quando já são mulheres que já tiveram filhos tudo, mas eu inclusive digo que tem DIU, né que é interessante ou o anticoncepcional, daí falo dos injetáveis né e se for adolescente eu sempre falo só do anticoncepcional mesmo via oral

*Alguma vez vocês já fizeram algum trabalho na comunidade relacionado a esse tema?*

à anticoncepção... não lembro... acho que não, não... Sim a gente já fez tipo assim, nós fizemos com adolescentes, em escolas, onde se falou de DST e dos métodos anticoncepcionais, pegamos mais assim nas escolas os adolescentes, foi isso que eu me lembro que a gente fez

*me conta uma coisa: qual foi a estratégia vocês usaram para ir na escola?*

como assim?

*que estratégia? Foi uma demanda de vocês ou uma demanda da comunidade?*

não, foi aqui da unidade básica mesmo, a gente que achou interessante está indo nas escolas, mesmo porque tinha sobre... assim, para poder fazer alguns grupos alguma coisa... e como a gente vê que a criança, começa a vida, as meninas vêm pedir sobre anticoncepção e tudo mais, então a gente resolveu fazer isso num âmbito maior né

*E as estratégias que vocês usaram lá nesse momento? Você lembra o que foi?*

O que que a gente usou? Bem, nós levamos aqui, aquele é um... assim um modelo que tem de uma genitália masculina, de uma feminina, foi levado, explicado, foi levado camisinhas, mostrado como é que põe, mostrado anticoncepcional e depois o que a gente fez: demos assim duas opções pra eles: se queriam perguntar assim direto ou... a gente passou folhas pra quem ficasse com mais vergonha, fosse mais tímido poder fazer pergunta ali e a gente já vê assim, já ia lendo ali, separava pra poder já ir respondendo e o que a gente não conseguisse num segundo momento seria passado

*e quais foram as dúvidas mais frequentes?*

bem, o que eles perguntavam muito era sobre... os meninos principalmente, né na hora de pôr a camisinha, alguns queriam saber sobre o orgasmo, eles queriam muito saber sobre isso, é foram essas coisas que eles perguntaram... não fizeram muita pergunta, daí às vezes uma coisa puxava a outra... e as doenças sexualmente transmissíveis eles perguntaram

*E houve alguma dificuldade de vocês com relação às perguntas deles, algum embaraço?*

não, nenhum, nenhum

*voltando um pouquinho ali para tua consulta: alguma vez (nome da entrevistada) você já esteve envolvida a alguma situação relacionada à infertilidade, já te apareceu isso?*

bem já apareceu algo para investigar, que estavam tentando, mas que não estavam ainda naquele período, pelo que eu sei que é 1 ano mais ou menos desde que você começa a querer engravidar. Daí que chegou já com o diagnóstico não, começamos a fazer a investigação que é possível fazer aqui na Unidade Básica e depois o que não é conseguido a gente encaminha, mas assim tipo espermograma, faz todos aqueles exames, ultrassom, tudo mais, daí quando, dependendo a gente passa para a frente, né

*ahan... e há assim alguma demanda para esterilização tanto masculina quanto feminina?*



Tem assim, atualmente eu noto que as mulheres têm procurado muito a laqueadura, né a gente sempre coloca que é mais fácil e até mais rápido, no caso a vasectomia, mas tem umas que fazem questão, porque o marido, sempre falam que o marido, fica meio assim em querer fazer tudo mais, até acho que esse ano... ontem mesmo veio uma paciente trazer o bebê estava com 81 dias eu acho.. não! 31 dias e tinha feito laqueadura tal né, que ela tinha solicitado a gente já tentou fazer... já era o terceiro ou quarto filho dela tal né...

*na tua percepção esse encaminhamento tem ocorrido é fácil? Como é que é?*

não! É superdifícil e eu vejo assim que é uma coisa que você não sabe muitas vezes pra onde encaminhar, onde deixar os papeis, né, daí sempre... nunca tem uma coisa assim como um protocolo assim, não sei se tem ali, mas eu nunca consigo saber bem certo... uma hora diz "ah não estamos conseguindo laqueadura, é mais fácil vasectomia, nem adianta tentar", mas a paciente pede daí eu sempre vou lá pergunto, falo com meu enfermeiro, que você tá sabendo, "ah tem essas folhas aqui, preenche... dou tudo mais, explico pra paciente... Eu acho assim, que é uma coisa muito vaga que acho que é difícil da gente saber bem qual o caminho certinho de você tomar... Com a vasectomia eu acho até mais fácil, mas a laqueadura eu sempre fico meio perdida na hora de encaminhar

*e a demanda, a maior procura são mulheres?*

São mulheres, elas primeiro vêm conversar, querendo elas fazerem, daí a gente conversa muitas vezes, daí vem assim, daí a gente acaba conseguindo falar com o marido e tal e eles tão vendo que é mais fácil que às vezes demora mais... uma coisa que eu vejo: se vai a paciente vai fazer, err, já tem cesaria anterior é hipertensa, tal, daí já tem indicação, daí a gente manda pra maternidade. Essa paciente de ontem inclusive ela fez um diabetes gestacional e tudo mais né então até isso ajudou que eles fizessem.

*Mas a demanda, o que mais te procura são as mulheres?*

sim são as mulheres.

*you lembra de algum caso que tenha te marcado na tua prática com relação à saúde sexual ou reprodutiva?*

bem eu tenho uma paciente que é jovem e o que me chamou atenção é que eu pergunto... ela já está no terceiro filho... ou quarto filho... daí eu disse assim: ahh e o pai tudo mais ela disse que não tem. Ela tem um filho de cada homem, assim que ela me falou, que ela só gosta de homem para ter filhos. Daí eu falei assim: não pode ser assim. Você veja bem: tudo bem que você não se dê bem com a pessoa, mas você tem que ir atrás dessa coisa de dar a pensão para as crianças, porque eles não têm culpa e eles vão precisar, né, daí eu disse assim... daí a gente até encaminhou ela pra fazer laqueadura porque também porque o que que eu ia fazer não tem... daí eu disse: ó o teu marido não quer fazer vasectomia? " não tenho marido", né ... se é assim desse jeito que eu falei, daí eu encaminhei ela, mas acho que ela eu acho que não conseguiu, não conseguiu, e é assim: é uma pessoa de uma família carente mesmo, né e realmente ela sempre...( também veio ontem consultar comigo) e... teve um dia que eu falei assim pra ela... ela não estava trazendo as crianças ela me disse que não trazia porque não tinha fralda descartável. Eu disse: mas você pode trazer com fralda de pano, não tem problema. Daí ela disse: ah não ela é muito mijona daí não dá para trazer. Então você veja só: ela foi uma coisa que a gente tem ido atrás para ver se consegue, porque vão ser várias crianças, um de cada pai, e essa moça vai continuar reproduzindo.

*E alguma vez você já esteve envolvida com uma situação relacionada a aborto?*

não... aqui assim para a gente não só esses abortamentos habituais, mas que foi por querer mesmo aqui nunca peguei nunca atendi.

*Alguma vez você já pensou se por acaso aparecesse...*

Alguém que tivesse pedindo para abortar... Bem ah! Já me perguntaram sim, agora eu lembrei já veio um casal acho que a menina queria saber, porque eram jovens, os pais não sabiam, mas realmente eu conversei com eles se era esse o melhor passo a tomar, tudo mais, né e... assim eu não conheço nenhuma clínica de aborto aqui em Joinville, desconheço... Eu disse: olha eu não posso te ajudar, eles queriam que eu dissesse, mas eu não sei, eu não conheço como de fato eu não conheço nada aqui... deve ter, mas nunca obtive informação a respeito.

*me conta uma coisa: quando as pacientes vêm querendo planejamento reprodutivo mesmo, qual a demanda mais comum delas?*

Assim: quando elas querem engravidar?

*Planejamento reprodutivo mesmo, assim, planejamento familiar... qual o tipo de anticoncepção, qual é a demanda maior que tu percebes? Ela tem alguma preferência?*

\_ Tipo o método?

isso!

A maioria quer Via oral, o que tem no posto, uma ou outra pede os injetáveis algumas de mês em mês e outras os trimestrais. São poucas que escolhem o DIU, bem poucas e essas métodos de barreira

então... a gente sempre fala também, mas elas preferem uma outra coisa tipo ou via oral ou injetável e algumas o DIU.

*e você percebe alguma dúvida delas que seja mais comum em relação aos métodos? Ou alguma ideia dos métodos, que seja mais comum, mais corriqueiro*

é o que elas querem saber se é totalmente seguro, né, daí eu digo assim, "ó, sabe que 100% não tem, né então sempre oriento nesse sentido, mas a preocupação dela é sempre a segurança.

*e na tua prática, como é a questão de DST, HIV, você tem bastante demanda?*

Atualmente tem aparecido, geralmente os VDRL positivo, muito em gestante... quando eu comecei a atender aqui quase não atendia nada disso, agora vem sempre tem 1 ou 2 gestantes no ano, que aparecem, ontem também teve o caso de outra paciente que não era gestante, tudo mais, a gente... ela fez uns exames e no fim deu positivo VDRL né daí já tratamos, tudo mais, mas tem aparecido, tem aparecido.

*com relação à câncer do sistema reprodutivo? Como que é a tua demanda, tem bastante procura?*

\_ não, aqui é assim, ok elas vêm fazer só o preventivo, tudo mais, mas que eu tenha paciente assim com, com câncer eu acho que já estava aqui comigo assim, mas não aparece assim tanto. Mesmo porque alguns vêm, fazem o preventivo daí elas passam o (nome do enfermeiro) já vê, tudo mais, se tiver alguma alteração daí já passa para mim, mas assim não tenho visto muita coisa não...

*E com relação ao pré-natal, como é feito, como é a tua prática aqui na atenção primária?*

Bem assim, elas vêm, primeira consulta elas passam com o enfermeiro assim, depois a outa comigo, sempre uma com ele e uma comigo. A gente... vamos conversando, sempre pergunto se tem dúvida, se não tem dúvida, , todas examino direitinho, tudo mais, procuro sempre preencher direitinho a carteirinha explico muito sobre o partograma na hora que ela vai ter o nenê na maternidade e tudo mais, porque eu vejo que se elas chegam despreparadas lá elas vão sofrer mais, daí já acham que é só gritar já vai ter cesárea, porque muitas não querem o parto, outras já querem parto, não querem cesárea, mas assim, eu deixo sempre elas livres pra perguntar e sempre pergunto: tem alguma dúvida, vai ser assim tal no final da gestação elas vêm toda a semana comigo assim

*e no puerpério, como que é a tua demanda, como transcorre o puerpério?*

Bem tem algumas que vêm com 15 dias, depois, 30 dias, daí já na consulta do puerpério já ofereço o anticoncepcional e explico né: começa a tomar agora, você não vai menstruar, tudo mais, vai usar 6 meses, eu explico porque desses 6 meses, que vai dar na realidade 5 meses né porque disso depois já tem que trocar o anticoncepcional... eu faço isso e pergunto como que tá, se está tendo dificuldade ao amamentar, tudo mais... geralmente elas não têm queixas assim, uma ou outra vem, que tem uma dorzinha assim por baixo tudo mais, senão transcorre tudo bem.

*são bastante comuns aqui tem bastante pré-natal ou é mais tranquilo?*

não, aqui é tranquilo... a gente até que não tem tanta gestante assim. É que aqui são 3 áreas, então a outra área... a área 1 tem assim bastante. A nossa área, a 2 e a três são melhores.

*já te apareceu alguma demanda de alguma pessoa homossexual com relação a orientações de saúde sexual ou reprodutiva?*

não. Eu atendo aqui, mas nunca vieram... assim, vieram por outros motivos, não por isso, não chegaram a perguntar nada tal, não

*e vítima de violência?*

éee eu já peguei caso aqui de criança... que é... violência assim contra a mulher, tudo... abuso também?

*sim, sim*

Pois é, já tive casos de crianças que sofreram abuso, no exame físico assim de ver algumas lesõezinhas, mandar adiante para a investigação. Outros fatos que a mãe relatou que tinha acontecido... no final do ano passado um adolescente que isso tinha acontecido há bastante tempo e isso estava trazendo problema pra ele né. É foram esses casos que aconteceram assim... foram com crianças... já teve assim éhh paciente que vem aqui, que fiquei sabendo que sofria violência do marido, né e... daí assim, conversei com ela sobre onde que ela poderia ir tudo mais, mas ela assim não voltou, ela estava com essa pessoa que não era o pai da filha dela. Ela me contava que ele não tinha paciência com a filha. Daí eu disse que era muito perigoso porque a criança estava ali, era indefesa. Daí eu perguntei com que essa criança ficava, se ficava algumas horas com essa pessoa sozinha. Ela disse que não que não deixava, mas que era ruim para ela um dia precisar dele e não poder confiar em deixar a filha... assim, ela veio algumas vezes depois não veio mais, não sei se continua morando aqui ou não.

*E essa demanda de sobrecarga assim que tu falaste que era ruim para ela não poder contar com o marido, isso aparece para ti, essa demanda das mulheres pela sua sobrecarga...*

não aparece muito não, não...

*alguma outra questão, da tua prática que tu lembres, alguma outra ação que assim tu já tenhas realizado com relação à saúde sexual e reprodutiva*

não, não me lembro agora não lembro

*E me conta como foi a tua formação com relação a saúde sexual e reprodutiva?*

na faculdade? Pois é, eu acho que tive... a gente não tinha assim especificamente essa matéria, no ambulatório de ginecologia que a gente acompanhava tudo mais, né, mas não se falava muito não, eu acho que era muito focado na parte de doença né e eu acho que ficou um pouco aberto essa parte da/do orgasmo, da diminuição da libido isso eu fui aprendendo na prática... não saí assim... em psiquiatria alguma coisa, tal, mas acho que não foi uma coisa muito focada não.

*com relação se foi satisfatório ou não né tua acha que ficou um pouco mais amplo, né... e o que foi abordado, como é tu consideras a qualidade de como foi abordado durante a tua formação?*

Olha era um tempo em que o médico estava muito lá em cima e o paciente muito aqui, então era aquela coisa... eu achava assim meio, assim não sei se meio mecânico o que que é, mas não tinha ... eu via que em psiquiatria a gente conseguia, aprendia melhor a conversar com o paciente, mas mesmo no ambulatório de ginecologia você ia ali, conversava e tal , mas eu não notava que tinha tanto carinho assim, sabe

*O que você conhece e como você conhece da política municipal de política reprodutiva e sexual?*

eu não conheço, assim nada. Eu só sei dos lugares onde eu posso encaminhar e só sei os métodos "anticoncepcionais". Quando eu tenho um paciente com problema de orgasmo, de diminuição de libido, eu fico até meio assim, porque o ginecologista nem sempre quer/ acha que, não sei o gineco se a gente manda isso eles ficam meio indignados porque eles só querem que mande doença, embora acho que isso está incomodando não deixa de ser uma doença eu fico, né meio assim na hora de mandar. Então, muitas vezes eu acabo encaminhando para um psicólogo e  vendo o quê que eu posso... passando uma medicação que ajude né uso, até se eu vejo que ela está deprimida, a Bupropiona, para ajudar. Algumas voltam para dizer que melhoraram bastante e os homens também, muitos vêm e falam que estão com uma dificuldade de ereção, ou que diminui o apetite sexual, daí também peço os exames e tal... e os homens são mais resistentes a irem procurar o especialista, tal. Mas eu acabo muitas vezes encaminhando. Para eles realmente eu tenho mais dificuldade assim é não em abordar, porque eles chegam e me falam, e eu escuto assim, numa boa, mas o que fazer, o tratamento, para onde encaminhar, tudo mais... que o urologista demora bastante, né? Então coitado, vai ficar ali sem ter muito o que fazer né...

*e da política nacional, alguma vez já chegou para ti?*

não, algumas coisas tipo DSTs que chegam essas coisas assim... não sei se inclui também, essas coisas

*E tu acha que isso de alguma forma influencia a tua conduta o teu dia a dia... você saber ou não saber da política?*

não, para mim seria mais fácil se eu soubesse o caminho, ter assim um caminho a tomar nesses casos, mas assim eu acho que não, não ia... ia continuar fazendo mais ou. A menos que eu soubesse: ó, tem que fazer aquilo, encaminhar para a tal lugar, ou você mesmo... passar mais informação de como abordar tudo isso, do que fazer com esses pacientes e tal, isso seria interessante, acho que conhecimento sempre é bom.

*do que tu conheces da política, o que tu achas que se mudasse facilitaria teu dia a dia, a tua abordagem, de todo esse assunto que é bastante amplo*

O que na política de tudo?

*De saúde sexual e reprodutiva, o que tu achas que poderia se modificasse alguma coisa na política facilitaria o teu dia a dia?*

eu não sei te dizer isso, não sei mesmo...

*existe alguma regra explícita ou não explícita com relação a questão de CRM, de conselho de classe que influencie nas tomadas de decisão com relação a este assunto?*

não, acho que não...

*E tu afiliada a alguma associação de classe?*

não, não

*disso tudo que a gente conversou: ficou alguma coisa de fora que você considera que seja importante, que não foi abordado aqui?*

eu, bem, que não foi abordado, eu acho que não.

*Gostaria de aprofundar, acrescentar ou retirar alguma coisa?*

Não

*Tu consegues me descrever de uma forma mais completa e abrangente possível a tua prática profissional relacionada à saúde reprodutiva e sexual na atenção primária?*

assim, na prática aqui a gente divide um pouco com enfermeiro. A prática nossa aqui a gente acaba tendo a conduta contraceptiva no sentido de fazer um controle de natalidade porque acaba tendo bastante jovens e tal. Principalmente aqui nessa região... Não tanto aqui, mas na equipe que trabalha junto tem bastante coisa com relação a isso. Crianças com 15 e 16 anos já gestante... a nossa prática é mais pra essa. A gente não tem... não sei se você quer dizer essa coisa de desejo de engravidar, ou coisas assim desse tipo

*Abrangente... O que tu acreditas ser...*

olha eu estou aqui há 2 anos praticamente a gente só teve 1 caso de uma paciente que passou comigo que tinha desejo de engravidar e estava com uma certa dificuldade, a gente não tem muito assim... A prática maior aqui nossa é mais com método contraceptivo é o frear mais a concepção do que o estímulo, fica mais voltado nisso. O que é orientado, as medicações que a gente tem, os contraceptivos que a gente usa, daí no caso tem alguns pacientes aqui que têm mais condições então a gente conhecendo alguns outros tipos a gente usa outros também se eles preferem outro tipo. Aqui se usa bastante injetável, né, principalmente nessa população mais jovem que esquece, porque às vezes não é que eles tenham o desejo, mas... o momento da vida dele ele esquece, então a gente induz eles ao uso do injetável, a preferência nossa aqui. Em geral essa primeira consulta sempre (não sei se essa é a prática, te falei por causa da experiência) mas assim, eu vejo que é mais primeiro com o enfermeiro ele faz essa abordagem inicial e depois passa para mim e às vezes em alguns casos a gente faz em conjunto, eu e ele.

Ele me chama a gente conversa, discute o caso e às vezes eu vou até atender junto com ele na mesma sala, dependendo disso. É ele que cuida dessa parte do exame ginecológica, até porque é na sala dele que tem a mesa ginecológica, ele acaba voltado pra isso. Mas tem caso de várias vezes acontece de a gente estar junto, dele me chamar e a gente fazer juntos isso.

*que tipo de ações vocês fazem relacionada à ... vocês fazem a consulta e existe alguma outra ação que vocês fazem relacionada?*

Não, a gente assim no momento a gente não tem assim uma ação mais voltada pra isso, pra sexualidade. Seria muito interessante, na verdade, mas não temos. Desde que eu estou aqui e antes que tinha uma outra médica no meu lugar também, ela era uma médica bastante ativa, bastante participativa, ela tinha formação nessa área inclusive, ela veio do Nordeste e tal e ela também não teve isso. Não teve ação nessa parte, teve outras em relação à hipertensão, a diabetes que é outra coisa que a gente também tem aqui, mas isso a gente não tem mesmo. E eu não tenho nem muito respaldo governamental, eu nunca vi até agora o que eu acompanho os cursos e tudo... tem saúde mental, às vezes tem alguma coisa assim nessa parte do tabagismo que a gente tem até grupo, mas nessa parte de sexualidade a gente não tem e seria até muito bom. Mas, eu realmente não tenho. Eu não tenho uma orientação mais sobre a sexualidade aqui.

*e nessa tua abordagem, na tua consulta, como é a demanda pelos métodos contraceptivos? como assim a demanda?*

*O que é mais pedido?*

de método contraceptivo? É mais a pílula, até por um conhecimento deles, na verdade, tem uns que nem conhecem DIU são pessoas que não têm muito conhecimento o que é, tem alguns mitos que o diu de que vai deixar a pessoa com uma série de problemas que vai dar algumas reações, então na verdade... A gente até sugere o DIU, mas o que é mais comum, o mais vem pedir é pílula. É o costume. Não sei se é porque é o mais divulgado, ou porque se usava mais. Então acabam também reproduzindo, as mães né enfim, então é o que mais tem... (risos) esses dias teve até uma paciente que estava contente que tinham criado o anticoncepcional masculino, ela é uma pessoa bem instruída, ela estava brincando, o dela, ela faz uso de medroxiprogesterona por uma opção, medo de esquecer...por causa disso que ela brincou "agora não tem só culpa minha, ele também vai ter culpa se ele ficar usando também, se ele esquecer. Mas ela é uma pessoa bem instruída né, mas a maior parte das pessoas não sabe que existe esses outros métodos contraceptivos, o que mais conhecem é a pílula mesmo, é o mais comum

*e no final da consulta, como é que é feita a escolha do método? Quais são os critérios que vocês usam*

Olha só, os critérios que a gente usa, tanto eu como o (enfermeiro) é assim a idade, a capacidade cognitiva dessa pessoa a gente considera bastante, tem casos aqui de pessoas com problemas cognitivos, daí a gente prefere o injetável, a idade, em geral, por conta de não ter essa responsabilidade a gente sugere não que... em geral sempre dá certo, a gente faz a sugestão e elas aceitam as coisas do trimestral e até do mensal né mas a gente explica a questão do uso certinho, que tem que se proteger porque ele só protege da gestação, protege de doença aquela coisa toda...

*tem alguma procura para a esterilização, para métodos definitivos?*

Tem, tem... em geral, assim... ontem mesmo veio uma paciente querendo isso fazer uma laqueadura, tem mas eles aqui são bem conscientes, eles sabem da questão da idade da possibilidade que pode ter ou não, toda essa questão de quantos filhos já teve, já tem um conhecimento, os nossos pacientes daqui pelo menos conhecem bem isso. já teve caso de mais jovem vir pedir de querer fazer, já tinha um filho, não queria mais saber de ter outro filho, expliquei que não se enquadrava na questão da idade, que era bem jovem ainda, que tinha a possibilidade se ela tivesse alguma doença, alguma coisa assim agravante que pudesse produzir risco mas que não era o caso dela e ela entendeu bem isso assim, mas raramente tem isso. Eu não sei se com o enfermeiro tem, porque olha só o que acontece: muita coisa acontece na consulta inicial já com enfermeiro nessa parte, não sei se contigo é assim, sempre faz aquela consulta inicial, a aquela primeira consulta que pede todos os exames assim, né, mesmo de gestação é com ele, mas, tem caso que vem comigo também que a gente faz em conjunto, mas comigo tem pouco, nesse sentido tem pouco. Só esse mesmo que pediu, O resto já passou por toda uma história de reprodução tudo e daí quer realmente cessar, mas sempre bem consciente.

*E quem mais te procura para fazer um planejamento reprodutivo, para contracepção. Quem é o público que mais te procura?*

São as mulheres, boa parte é mulher, inclusive às vezes ela vem em nome do marido eles não vem. Em geral é o público feminino que faz isso. Aqui na verdade o público maior é o feminino mesmo, até que tenho bastante público masculino. Até estava comentando esses dias que no pré-natal meu aqui sempre vem o casal... raramente assim eu tenho notado isso, eu estava conversando com o enfermeiro, de um tempo pra cá é um fenômeno o que vem acontecendo aqui, já faz muitos anos que ele trabalha aqui né, ele falou assim: Antes só vinha a gestante fazer. Não existia essa coisa do marido e a maioria nem sabia e hoje vem muito e isso é comum assim, quase todos que eu faço vem, assim, é uma vez ou outra que eles faltam por causa de trabalho, mas, em geral sempre vem. Mas em questão do planejamento familiar em geral é a mulher que vem, inclusive não sei se ela já está sensibilizada com isso no puerpério e ela já começa a pensar nisso durante o puerpério então com ela vem naquelas consultas de puerpério daí a gente já começa a abordar isso, conversar sobre isso essa coisa do planejamento.

*voltando ali um pouco na questão das esterilizações, como é que tu percebes o encaminhamento. Você tem apoio ou não para encaminhar, como é que tu percebes isso?*

Sinto assim na verdade do... a gente tem uma conduta agora aqui que é assim, eu combinei com o enfermeiro aqui de passar pra ele, pra ver aquela coisa burocrática pra ver se você tem necessidade, se você consegue fazer, se precisa, a gente já agenda uma consulta com ele pra fazer toda aquela papelada que precisa mas é bem simples assim, eu tenho sentido uma certa tranquilidade nesses últimos dias recebi uns... não só da parte da mulher, mas pra vasectomia também, vira e mexe eu recebo, daí depois ele me manda os exames tipo o espermograma pra fazer a contagem e toda semana tem um ou outro e como eu te falei: muitas vezes só ali com o enfermeiro ele já resolve ali ele orienta do que necessita de documento... Hoje mesmo teve uma paciente que me perguntou se ela poderia fazer logo depois ( do parto), que já era o quarto filho dela e eu falei que não era bem assim, que a orientação nossa que a gente recebe é que ela terminasse primeiro a gestação e no puerpério a gente vai conversar (risos) pra ela entender. Eu não sei se antes era uma prática aqui que você já fazia direto e ia para cesárea e já resolvia na hora, não sei porque as pacientes tem o hábito de perguntar isso aqui e eu disse que não é mais assim que nós fomos orientados pela maternidade que não é dessa forma que que faz... mas não tem muito, na verdade assim, pra mim não tem.

*Tu lembra de algum exemplo de atendimento que tenha te marcado com relação à saúde sexual e reprodutiva?*

Tem um que inclusive eu estou... ela é uma paciente nossa, bem conhecida aqui que é a quinta gestação dela e essa gestação foi bem complicada foi bem difícil no início, também de relação familiar e tudo, e foi muito difícil, ela não queria a gestação e jeito nenhum e ela estava muito chateada porque ela não foi orientada muito bem segundo ela, com relação aos contraceptivos, essa contracepção foi deixado meio de lado por um período e ela engravidou de novo e ela não queria de jeito nenhum, depois a gente teve que trabalhar com ela a parte psicológica da gestação dela, de ela seguir adiante, porque quando ela descobriu ela já estava na vigésima semana de tanta negação que ela estava. A gente conversou com ela, ela não suportava mais passar por essa situação de novo a gestação anterior dela tinha sido difícil. A gente tem alguns problemas aqui: teve casos aqui que eu sei (eu não estava aqui na época) mas por falta de orientação no puerpério no período que se você não tá amamentando, você precisa de um contraceptivo e a gente tem 2 casos de gestante bem jovens que aconteceu isso, sabe, eu fico bem triste em saber que não é o plano dela, ela não queria isso e o sistema de saúde acabou gerando problema pra ela sem orientar ela, ela não é obrigada a saber disso. Seria muito bom se na escola ensinasse isso para ela, mas não tem isso, a gente não pode cobrar dela. E ela acabou engravidando de novo e foi bem complicado pra ela, foi bem difícil. Depois eu discuti isso com a equipe

para a gente acertar esses passos para isso não acontecer né, no mínimo é o que a gente pode fazer... iatrogenia aqui não dá! Num hospital até é possível por causa do volume, mas aqui não pode, não tem cabimento. E são duas gestantes bem jovens até, que a gente ficou preocupado porque deu trabalho, as mais jovens são as que dão mais trabalho. A gente teve uma outra gestante bem complicada que acabou se mudando daqui e eu nem sei o que aconteceu depois com ela só fiquei sabendo que ela teve o filho tranquilo, mas ela tinha 15 anos, fazia uso de maconha ainda eu tive que dar uma dura bem feia nela e cigarro, daí ela falou "vou ficar fumando cigarro", pelo menos o cigarro. Eu consegui fazer ela parar, pelo menos naquele momento que ela estava ali comigo em um mês que a gente fez de acompanhamento com ela, eu fiz semana a semana pra ver se eu conseguia tirar essa ideia dela junto com a mãe dela (ela tinha 15 anos, gestante, primigesta), bem complicado por causa do uso (maconha). Isso também me marcou bem. Dessa parte de sexualidade não tem tanto. Pelo volume que eu tenho aqui eu até acho pouco, poderia ter mais.

*já teve algum caso relacionado com infertilidade? Você tinha falado alguma coisa com infertilidade antes e que são poucos, mas você já teve que lidar com isso?*

já tive acompanhamento de gestante que tinha Síndrome do Ovário Policístico que não conseguia engravidar, mas o que fiz foi encaminhar encaminhei ela para o serviço de ginecologia, é o que até onde eu sei... não é tanto tempo foram 2 casos, desse dois casos eu sei que estão em acompanhamento. Uma engravidou e outra continua em acompanhamento. Ambas tinham SOP, uma não sabia a outra já sabia só não fazia nada de tratamento né... e outra não sabia ainda né. A gente fez alguns exames e assim que apareceu alguma coisa mais conclusiva eu encaminhei para a ginecologia. Para ver o que que era. As 2 queriam engravidar, não tinham gestado ainda, jovens, uma tinha vinte e poucos anos, a outra com 30 anos, já teve uma gestação, mas mais jovem e agora ela queria engravidar, de um outro relacionamento, ela queria ter um outro filho, ela não estava conseguindo de jeito nenhum, disse que antes foi tão fácil, quando era mais jovem e agora não estava conseguindo... Fiz uns exames e encaminhei para a ginecologia e daí foi que ela descobriu que ela tinha SOP.

*já teve algum caso relacionado a aborto?*

já tivemos um aborto aqui. Na verdade, é uma paciente que ela é usuária de drogas, ela morou um tempo na rua também e ela nem frequentava muito aqui, ela veio com uma conduta já da maternidade depois de já ter feito a cureta, só mandou ela para cá para fazer alguns exames só para a complementar. Eu nem conhecia ela na verdade né ela teria de fazer o pré-natal com a gente aqui, mas ela não apareceu, nas primeiras consultas ela só fez com o enfermeiro os testes rápidos e seguiu adiante. 2 meses depois ela apareceu de novo, ela apareceu para o enfermeiro, que já conhece ela, (enfermeiro) já está aqui há 15 anos, ele já conhece ela desde novinha e sabe que é de uma família bem complicada ela tem um vínculo com ele. Ela só veio com algumas condutas da MDV como a cureta e só veio para cá para fazer alguns exames e só para ter um acompanhamento. Mas, ela nunca mais voltou também. Esse foi o único caso aqui.

*E esse aborto foi espontâneo?*

sim foi espontâneo

*E alguma demanda para abortamento. Você já teve isso na sua vivência?*

não... e isso assim é uma coisa que me chama a atenção, porque eu nunca tive. Vários colegas já tiveram, já relataram, eu nunca tive até trabalhando no PS e tudo mais. Já teve caso de eu ver, mas não que teve essa demanda, esse desejo assim, não. Nunca tive que indicar pílula do dia seguinte. É que eu acho que no geral a população aqui é de um nível sócio econômico um pouco melhor comparado a outros lugares, pelo que eu vejo de relatos de colegas que trabalham na rede aqui de Joinville relatam. Aqui tem um nível sócio econômico melhorzinho. Então as pessoas aqui muitas têm planos de saúde e usam concomitantes assim...

*em algum momento tu já parou para pensar se te aparecesse como seria a tua conduta?*

já pensei assim... é que assim é muito amplo... É uma coisa objetiva, é! O aborto. Agora, mas o que está por trás disso que a gente tem que ver o quê que é, tem tudo isso... É muito amplo teria que me deparar na hora. Eu tenho minhas ideias formadas sobre isso, mas eu acredito na ciência eu acho que se necessário for, enfim, depende do paciente. Na verdade, eu não tenho instrução para isso. Não tem nenhuma conduta que eu possa... eu sei os métodos, mas eu não tenho uma conduta assim, vamos supor, não tem um protocolo para seguir com relação a isso... se tem eu também não sei, não tenho acesso.

*Tu tens bastante demanda, bastante caso e DST, HIV? Com essa questão de planejamento reprodutivo saúde sexual?*

Não, não, isso não! A gente acaba até tratando DST, mas assim eu nunca tive paciente que está fazendo, está gestando, que contraiu DST, ou HIV, eu nunca tive isso. Eu nunca tive também paciente... não sei como é que funciona aqui... Eu tenho um paciente com HIV, que tem um acompanhamento

só... Eu não tenho muito paciente HIV aqui... eu não sei se eles não vêm aqui eles já tão fazendo o acompanhamento no serviço de vigilância, mas eu não tenho isso mesmo. Mas eu estava falando que a gente não nenhum caso mais, de fazer um pré-natal bruto assim, tipo paciente com HIV... a gente não tem nada disso aqui assim, é tudo bem tranquilo. Nessa parte é bem sossegado.

*e como é a tua prática com relação ao pré-natal?*

Tipo assim, com relação ao número de consultas.

*com é que são as consultas, o que é feito e como é feito...*

A gente faz aquelas coisas, um acompanhamento inicial, pede os exames iniciais e tudo, dependendo da paciente tem os critérios que a gente segue porque é obrigado a seguir e tem os que eu sigo à parte, por exemplo tem paciente que tem que vir toda semana porque é uma coisa que eu quero ver o que está acontecendo com ela... tem outras que, que vai voltar daqui a 1 mês aí eu intercalo com o enfermeiro e no final, mas pro final da gestação só comigo. A gente se vê a cada 15 dias depois a cada semana... e no decorrer... aqui as gestantes gostam muito de fazer Ultrassom, daí elas gostam de vir comigo ou até na consulta com o enfermeiro ele pede para eu fazer o ultrassom porque ele não pode pedir. Mas é bem tranquilo, então tem bastante USG, assim. Mas, ééé bem tranquilo assim. Examinado aqui e tudo, ouvir os BCF... eu não faço o toque aqui, eu fazia antes, daí eu andei lendo umas questões do toque e não estou fazendo mais. Tem uma coisa aqui que é complicada que é a minha demanda que é gigantesca, sabe. Para eu fazer toque exigiria muito... Sou médico, para eu fazer toque preciso ter alguém aqui comigo, daí é preciso que tenha alguma das meninas aqui comigo me auxiliando e eu acabo não fazendo, no geral assim eu não faço, e tem uma coisa de estimular antes do tempo, uma coisa assim. Não é mais a minha prática.

*Tu tens demanda de adolescente para a saúde reprodutiva e sexual?*

bem... a última vez que eu tive um adolescente com relação a isso...a gente não tem muito aqui. Não tem muito adolescente aqui, na verdade, sabe... que vêm em consulta... Tem tido agora recentemente porque eu tenho tido um vínculo maior com a população e eles tem se sentido mais a vontade de trazer enfim... Em geral é difícil, eles não vêm muito aqui. Semana passada tive uma adolescente que a gente começou a usar o anticoncepcional, ela não usava o anticoncepcional, mas começou a atividade sexual e a gente começou a usar o anticoncepcional, fez uma consulta de inspeção ginecológica e tudo... ela queria que fosse uma ginecologista, porque aqui são dois homens, né, um enfermeiro e um médico, ela bem novinha... aí a gente acabou encaminhando pra ginecologista pra fazer avaliação. Mas tem pouco.

*E a escolha partiu dela? Ela já veio com a ideia do anticoncepcional?*

ela que veio com a ideia, ela tem 16 anos, ela queria usar, ela não queria o injetável porque ela tem medo de injeção até falei para ela da questão da injeção, ela falou que não tinha problema, que não ia esquecer, ela colocava no celular. Porque ela não queria injeção de jeito nenhum. Mas da última que eu me lembro bem é ela, mas isso deve ter uns 15 dias, porque a gente não tem muito mesmo. Deveria, na verdade... eu vejo que na outra área tem bastante gestante adolescente eu tenho pouca gestante adolescente. Na verdade, agora não tenho nenhuma, de gestante adolescente eu não tenho nenhuma... tive essa daí que te falei que eu estava preocupado porque ela era usuária de droga e tive uma outra também que foi tranquilo, que tinha bastante orientação com a mãe, a mãe estava sempre junto, ela era bem novinha.

*você...*

(interrupção da entrevista por demanda espontânea do enfermeiro com o profissional)

*Você já teve alguma situação, com uma pessoa homossexual te procurando para a orientação de saúde sexual ou reprodutiva mesmo?*

não. Deve ter alguns homossexuais assim, mas nunca tive de me deparar assim. Eu tenho algumas desconfianças... tem alguns pacientes que eu sinto que tem algum desconforto com a sexualidade dele e eu estou em atendimento desses dois pacientes masculinos que eu tenho... humm, que está tendo dificuldades, né e que no meu julgo eu acredito que tenha alguma dificuldade de se aceitar.... dele mesmo se aceitar a orientação dele, enfim, aceitação familiar e está com dificuldades de ordem sexual. Mas não tem ninguém que venha (não sei se é isso que tu queres), mas que diga: "olha eu sou assim e eu não queria ser assim" ... isso nunca me apareceu.

*E para a orientação com relação a vida sexual mesmo, proteção, riscos?*

ah sim, isso vem, paciente que a gente precisa orientar assim, não que vem exatamente para isso, mas que a gente orienta e tudo, na questão de usar preservativo, de ter esse cuidado, de fazer exames regularmente, de não se expor tanto a riscos essas coisas... Isso tem... nessa camada que não é tão adolescente, mas jovens isso tem tido bastante. Por exemplo, um paciente que tá com uma crise assim de homossexualidade, que ele não sabe se... tem uma fase que ele tá se entendendo como é... ou não enfim, isso nunca tive aqui, apesar de ter pacientes homossexuais, mas que já estão mais resolvidos com relação a isso tem... tem até um casal que é feminino né, mas bem tranquilo, sim. Mas esse casal

me parece pessoas bem instruídos, bem resolvidos sexualmente, então não tem problema com isso. Com relação a isso não tenho problema nenhum

*você já teve em alguma situação com vítima de violência, tanto com violência de gênero, sexual ou física marital?*

já, aqui não, mas na minha profissão sim. Quando trabalhava no pronto socorro já tive estupros, alguns, vários na verdade, estupro éhhh, já tive estupro tanto de marido e mulher, casado e ela foi estuprada, ou na rua também, aqui não aqui eu nunca tive... tem a questão de algumas violências que tem assim, violência verbal tem bastante, mas assim, violência sexual... tem assim tem casos assim... não faz muito tempo eu atendi um paciente que ele teve, ela foi há muitos anos atrás (até hoje ela está tentando superar isso) do marido... ela era violentada diariamente pelo marido até hoje faço tratamento com ela, tinha encaminhado à psiquiatria, faço acompanhamento junto com a psiquiatria, estava em uso de alguns antidepressivos e tem ficado bem, fez algumas sessões de terapia, tem melhorado. Ela é a única que tenho mais assim, aqui nessa população não tem muito. Agora de violência assim, que a gente viu, que a gente presenciou não... tem uma paciente minha que eu tenho tido uma certa desconfiança, que a família abafa bastante, porque ela na verdade é uma paciente deficiente, não sai da cama e aí sabe como é, uma população totalmente vulnerável (você sabe o que é isso, né). E eu tenho tido uma desconfiança bastante grande nisso, tenho abordado alguns colegas com relação pra ver o que eu posso fazer, porque a família protege, não se conforma que seja isso que não pode ser isso, mas ela tem tido alguns problemas no canal vaginal, então ela tem relatado isso, só que ela conversa, mas ela também se nega a informar. É a única que eu tenho que eu posso relacionar à violência. Tem aquela violência familiar, isso tem bastante, mas com relação à sexual não

*e como tu percebe quando tu te deparas com uma situação sessas, como tu percebes o apoio para encaminhamentos para outras instâncias?*

eu acho um pouco lento, um pouco moroso... Sabe quando eu atendi um caso de estupro, que não foi aqui, foi rápido, foi rapidamente resolvido. Foi em nível hospitalar, daí é mais rápido, enfim. Mas aqui eu acho que demora um pouco... da parte de violência eu acho que demora um pouco ( não estou criticando o sistema) que eu acho que deve ser... sabe, minha mulher é psicóloga no (órgão que recebe as demandas de violência) ela me fala que a demanda é enorme, que tem demanda reprimida e assim, que estão tentando resolver agora, então tem gente na fila de anos... tem gente que dá até vergonha que tá sendo atendido agora, coisa de violência que já estava passando há muito tempo. Eu sei disso (não estou criticando), mas eu acho que demora um pouco sim... é uma coisa meio urgente essas coisas assim... e o que eu percebo com relação a isso, de pessoas que vêm comigo: eles acabam desistindo, porque sentem que isso vai demorar muito, a violência não passa e eles desistem do sistema mesmo. Porque eles acreditam que o sistema desistiu deles... não é que desistiu, tem que explicar para eles que é demorado, realmente infelizmente... eu sei que teu caso precisa ser rápido, mas não dá e a gente fica meio amarrado com isso, capaz de acharem que isso é a gente...

*você já teve alguma demanda com relação a climatério, alguma queixa, alguma demanda, tem tido isso, aparece isso para ti?*

aparece, aparece bastante, a gente tem uma população... assim como eu te disse, não tenho tanto de jovens, mas a população assim tem. Já tive 2 casos até de precoces e tem bastante.

*E aparece alguma queixa com relação à sexualidade nessa fase?*

não, à sexualidade não tem aparecido não, não é a queixa principal não, não tive nenhum problema com relação a isso. Eu sei até de casos que existem assim, mas comigo nunca apareceu. Às vezes fico esperando isso aparecer na consulta, mas nunca tem muito disso não.

*E por tu seres homem tu acreditas que seja mais fácil dos homens te procurarem? Ou independente? Para tratar com relação a questões sexuais...*

acredito. Pela prática assim... até para o paciente me falar assim. Eu acreditava já antes e tem paciente que me fala que por exemplo: eu atendo bastante casos de homens com impotência sexual. E que certamente ele não falava antes em outros lugares. E já teve paciente que sentou aqui e falou assim "Ah, ainda bem que é um doutor, pra eu poder falar" porque ele não se sente confortável de falar para uma médica. Não foram poucos pacientes que falaram que já foram pra consulta, criaram todo, sabe, pra poder falar na frente da médica e não conseguiram falar, tiveram dificuldade de falar, daí quando é um médico eles conseguem mais, é uma dificuldade, é todo um rodeio... inclusive tem bastante isso... eu até estou lendo um pouco mais sobre isso, porque eu estou tendo muito, eu não esperava ter tanto caso assim, né e tenho pegado muito caso assim de problema sexual masculino, tem bastante... e pode ser eu acredito, nisso, por ser um médico homem eles acabem se soltando mais.

*Como tu acha que foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva?*

A gente sempre acha que pode ser melhor, né. (no nosso caso... a gente teve a mesma...-profissional formado na mesma instituição que eu). Eu acho que não foi ruim, ela foi boa, mas enfim a Medicina, o ser humano... é muita coisa, né. Não posso condenar, né... eu acho que foi bom... Acho que pelo fato



de a gente, tirando a parte científica, eu acho que a gente teve uma parte de psicologia muito forte ajudou bastante, pra você entender, pra você compreender, pra você ter empatia, que já importante pra tu ter vínculo... eu acho que isso, pelo menos na minha formação eu gostei bastante, porque foi muito bom.. Na época da faculdade a gente odiava, falava mal... eu não, mas em geral, porque já era mais madurinho um pouco a gente já tem um pouco mais de ..., mas em geral a gurizada não gosta muito... reclama bastante, mas depois eles vão dar valor a isso, depois tu vês muita gente falando: "pô, que legal que tinha tudo isso. Eu acho assim: foi boa, poderia ter sido melhor, mas eu tenho uma ideia de que você pode ser um pouco melhor com as coisas. Eu acho que falta... eu acho principalmente que precisava ter planos com relação a isso... acho que o sistema nosso tem que... até por uma coisa que a gente sabe, é um assunto que se atualiza muito, então a faculdade da gente já nem ia estar muito atualizada com algumas coisas, alguns assuntos ou algumas demandas que tem hoje e que não tinha na época, entende? Que não que não existisse, mas que não era uma demanda na época e hoje é. E eu acho que de certa forma o SUS, eu gosto muito do SUS, mas ele peca nisso, eu acho que ele tem que formar melhor as pessoas, tem que atualizar melhor, eu acho que falta isso, mesmo eu acho que a prefeitura aqui, comparando com outras que eu trabalhei até que tem uma preocupação de atualizar mais a gente, mas eu acho que nessa parte principalmente eu acho que precisava atualizar mais.

*E tu conhece alguma diretriz aqui da prefeitura com relação a isso?*

não, não conheço, não sei nem se tem, não conheço mesmo. Acabei não indo atrás, não pesquisando... pode ser culpa minha, mas eu não conheço nenhuma diretriz com relação à sexualidade, ou se foi feito isso

*E alguma diretriz nacional com relação à saúde sexual e reprodutiva?*

conheço, isso eu sei, dos cadernos do SUS, né, com todos aqueles dados...

*e você acha que aquilo que tem nos cadernos influencia na tua tomada de decisão no dia a dia, como é que tu percebes isso?*

Sim, eu acho que é muito bom, o caderno do SUS que trata disso eu acho que é bom, eu acho que é pouco acho que poderia ser mais coisa... No geral os cadernos do SUS eu acho excelentes, poderiam ser melhores, poderiam, claro, né, mas eu acho que poderiam ser melhores, mas eu acho que dá pra gente tomar algumas condutas por ali, aí tem a coisa da prática, né... Acho que poderia ser atualizado, melhorado. Eu estou começando a estudar mais essa parte por causa disso, por causa desse problema que eu estou tendo mais e que eu não tinha muita prática, não tinha muita experiência e estou me deparando com isso. Eu acho que poderia ser mais, até no próprio núcleo aqui da prefeitura deveria abordar mais isso. Porque assim a gente, até estava falando com o meu enfermeiro, a gente ia mudar bastante coisa até de pré-natal, de resolver algumas coisas de saúde, de prevenção se a gente tivesse mais bem preparado para isso, eu acho que a gente não é.

*disso tudo que a gente conversou, tu achas que tem mais alguma coisa que poderia ser acrescentado? Que você considera importante?*

A princípio, agora eu acho que não.

*mais uma pergunta que eu esqueci... existe alguma regra, na profissão que baseie ou que influencie na tua tomada de decisão com relação ao atendimento desses casos todos?*

Não, eu acho que é muito dinâmico, depende muito do tipo de paciente que é a toma de decisão pode estar pautada nisso, no meu preconceito, e isso pode de vez em quando me atrapalhar na minha tomada de decisão, achar que é uma coisa, achar que é outra, então isso pode acontecer... mas isso é uma coisa formação pessoal mesmo, e não da profissão. Isso pode acontecer, eu não me deparei ainda, mas né?

*Tu segues alguma sociedade de especialidade?*

não.

- Observação: após o término da entrevista, o profissional falou bastante com relação a acreditar na ciência e não no que ele pensa, enfim. Fato notório foi relacionado ao aborto voluntário, em que ele cita que deveria haver um protocolo de como fazer, assim como o protocolo de parada cardíaca, uma regra que não ficasse na decisão do profissional, na influência das suas crenças. E que ele não tem esse conhecimento, se existe alguma diretriz... Ele deixa claro que tem uma posição pessoal com relação a isso, mas que na conduta profissional o que deve valer é a decisão da paciente e o protocolo a ser seguido. Esse trecho foi autorizado pelo profissional a ser inserido após o término da gravação.

Entrevista 050418 E02

*\_ você consegue me descrever de uma forma mais ampla e detalhada a tua prática em relação à saúde sexual e reprodutiva em atenção primária?*

vou falar minha prática, né? A gente atende a saúde do homem, saúde da mulher, de adolescente... adolescente e criança. Geralmente trabalhamos com prevenção, mas atualmente temos tido muito caso

de intercorrência em saúde daí tem que fazer a intervenção. Mulher, preventivo, vem com queixas ginecológicas, algumas mulheres em idade reprodutiva, algumas gestantes, já com gravidezes não só primigesta, com várias gestações, algumas mulheres com dificuldade de engravidar, mesmo já tendo uma gravidez... Isso é uma coisa que me chama a atenção... aqui bem poucas... a maior prática que tenho em atenção básica é aqui, nesse local de trabalho, de mais tempo, estou há mais de 1 ano aqui. É realmente as mulheres que realmente passou comigo, que sou enfermeira, com dificuldade de engravidar foram mulheres que já tinham uma gravidez. Algumas não, mas eu me lembro de mais casos que já tiveram uma gravidez e não conseguem ter a segunda gravidez. Mas assim conhecimento de fato com relação a essa informação da mulher que deseja engravidar e não consegue eu pouco faço, assim, sou bem realista. Porque se tiver que pegar algum exame, alguma abordagem mais técnica eu sempre encaminho para o médico. Eu escuto a queixa, registro a queixa e repasso para a avaliação médica, geralmente agendada porque geralmente é eletiva, não tem nada de urgência. É... Adolescente o que a gente mais pega na parte de saúde reprodutiva do adolescente é prevenção mesmo de DST, já orientando a questão do uso da camisinha, da prevenção de gravidez, da prevenção das doenças..., mas a gente também tem gestação na adolescência aqui na nossa comunidade. O homem geralmente é o que menos procura... o perfil de paciente que menos procura o serviço de saúde até pra prevenção né, atualmente aqui no nosso serviço, por a laqueadura estar num processo de judicialização no município o que realmente aumentou bastante a procura dos homens com solicitação de vasectomia, porque realmente é o único método de esterilização que está andando no município né, então essa informação vai com muita força né para os usuários então eles vêm procurar porque o homem procura muito pouco a assistência à saúde, né. A maioria dos adultos jovens ou adolescentes homens procuram porque estão com algum problema na região genital, só assim eles vêm no posto... porque resfriado essas coisas eles já se curam (risos). Eu acredito que façam até automedicação ou chá, fitoterápicos em casa mesmo, aquele chá de mãe... aqui quase a gente não tem grande procura com esse perfil, né. Na questão de região genital, de ser referido mesmo como tu pergunto a saúde reprodutiva. E os idosos são bem mais tranquilos mesmos, a gente realmente faz a prevenção, foca mais nas doenças crônicas que geralmente é o que eles vêm com mais intercorrência em cima disso e a gente também foca no programa do ministério da saúde dos crônicos que acaba atualmente na nossa comunidade a gente tem muito mais pessoas idosas dentro das doenças crônicas né. Talvez seja até uma subnotificação da nossa comunidade, porque a gente sabe que doença crônica é em qualquer idade né. Mas assim de saúde reprodutiva mesmo a gente pega mais o pessoal adolescente.... Infelizmente aqui a gente tem alguns casos de abuso sexual, que entra também na questão da tua pauta. Já teve caso assim de criança menor, daí a gente encaminha para as referências, que é o Hospital infantil para fazer todo o registro legal, depois o acompanhamento também volta aqui para nós né. que como atenção básica... então volta aqui conosco. Mas de coisa mais aprofundada da questão de saúde reprodutiva que não seja já um acompanhamento de pré-natal, que não seja já de planejamento familiar, que a gente tenta fazer... na maioria das vezes quando vem uma paciente de 15 anos que já está casada, que planeja engravidar a gente tenta orientar que realmente retornem que façam um planejamento que busque a nossa ajuda pra realmente repensar se esse é o momento de ter uma gravidez... isso a gente procura sempre abordar.

*você tinha dito que vocês fazem atendimentos bastante abrangentes para homens, mulheres... que tipo de abordagem vocês usam para trabalhar com os homens, com os diferentes grupos que você citou essa questão?*

O homem mesmo, a gente mais aborda, quando tem aquela mediação né do novembro, da ação do homem, de promoção da saúde do homem, então a gente faz esse convite para a comunidade, mas é o grupo que menos tem adesão, como eu já tinha dito antes, um grupo que tem baixíssima adesão mesmo, pode ser impressão minha, mas acredito que tem tido um aumento de procura da vasectomia por conta da laqueadura estar judicializada... a gente escuta muitas mulheres aqui no consultório dizendo que os homens têm aversão à vasectomia, por conta da cultura machista que a gente tem... A cultura do Brasil ainda é muito pobre em questão de conhecimento de educação, as pessoas não entendem aí essa coisa do machismo, de um tirar sarro do outro: ah vai fazer, vai ficar impotente... é o medo né, é o medo do desconhecido que eles têm.

*vocês quando vão abordar o planejamento reprodutivo, quais são as estratégias que vocês usam?*

Quando é pra evitar uma gravidez, a gente fornece as orientações dos métodos que hoje são oferecidos pelo SUS, se o usuário pergunta de alguma outra forma de prevenção, se tiver também que a gente pode orientar, se ele tem o interesse de saber alguma coisa da instituição privada, a gente até pode dar uma pincelada, mas nunca indica um profissional, nunca faz por uma questão de ética mesmo. Mas a maioria para uma prevenção de gravidez que a maior procura é para a prevenção de gravidez que a gente tem aqui. e a maior procura mesmo são das mulheres para a laqueadura e atualmente como está judicializada eu mesmo não sei nem o processo, desde que vim pra cá nunca abri um processo de

laqueadura no município. Então a gente explica os métodos contraceptivos, sempre reforçando também o cuidado das doenças sexualmente transmissíveis, que a gente está aí com um alto índice de sífilis no Brasil e na nossa comunidade, muito! Gestantes, não gestantes, homens, mulheres... no geral. O indicador não mente né. E pouco mesmo, a gente teve poucas procuras de mulheres para engravidar... Mas, eu posso falar também Quando eu falo pouco é que veio a mim, direto a mim, enfermeira... geralmente o usuário sabe que quem vai poder ajudar mais é o médico, eles sabem disso, eles são de baixo nível socioeconômico cultural, mas eles conseguem distinguir bem as categorias aqui na unidade. E poucos mesmos vieram. Que eu me lembre bem, veio uma mulher jovem, que já tinha uma gravidez e não conseguia a segunda, né, por medo de avançar a idade e não conseguir ter o segundo filho, ou com história já de aborto e não conseguir levar uma gravidez até o final, isso mexe muito com a mulher, né, então são mais ou menos essas procuras... São poucas para planejar uma gravidez. então quando a gente abre um pré-natal, que tem a pergunta, inclusive no prontuário eletrônico que a gente usa atualmente é planejada ou não e a maioria tem sido não a resposta. Gravidez não planejada... aí pode ser um grande indicador de falha nossa, né, do serviço de saúde... pode ser né, porque talvez a gente não esteja trabalhando adequadamente já que grande procura é para abrir um pré-natal com uma gravidez não planejada, nossa maior grande procura aqui é essa e não tentando engravidar. Mas se tentasse engravidar eu sou sincera em te dizer que me falta conhecimento eu como enfermeira tratar um pouco mais antes de mandar para o médico, entendeu, conversar, ver o que dá para fazer, ou adiantar, antes de passar para o colega né

*\_ e quando elas vêm à procura de contracepção, o que é mais comum na tua prática que elas vêm pedindo?*

Ah elas sempre vem... a comunidade é engraçada, elas chamam o anticoncepcional de vacina e isso já se comporta desse jeito “eu vim tomar vacina”, aí eu sempre oriento, eu pelo menos tento orientar: não é vacina é contraceptivo, mas de forma injetável... mas eles gostam muito do injetável, por conta do esquecimento de tomar o comprimido... mas sempre é um método de escolha já do próprio usuário, mesmo que a gente tente abordar vários outros métodos, como a esterilização definitiva que eles vêm procurar, explico também sobre o DIU que nós temos, que nós temos ginecologista nessa área, que tem acesso né, então a gente sempre abre o leque de todos os contraceptivos oferecidos pelo sus, mas eles já vêm focados assim, já vêm com essa decisão, já vem decididos porque o vizinho usa, porque a prima usa, porque a irmã usa e viu que ali teve sucesso... e é o medo de engravidar, né a maioria das vezes é o medo de engravidar, e tomar o comprimido tomar errado e engravidar, “o comprimido de farinha e alguma coisa cortou mas eu engravidei e eu estava tomando comprimido e engravidei”. Então, Elas querem uma busca a segurança, né, ele acha realmente que o injetável não vai esquecer, vai vir tomar... na prática não é isso que acontece não... muitas vêm mais de 3 dias da data que deveria estar fazendo né, podendo fazer até 3 dias antes, mas isso eu não vi, eu não me lembro pelo menos de elas estarem vindo antes, se antecipando de um final de semana ou feriado e sim vindo tomar como atraso mesmo.

*me conta uma coisa... essa escolha que você observa, claro que você enfermeira por enquanto não pode prescrever nada, mas a escolha, quais são os critérios que vocês usam... é a vontade dela, é...*

sim a gente faz algumas perguntas se é fumante, se tem história de trombose na família. Isso a gente aborda bastante por conta do risco dos contraceptivos, dos hormônios, então já abordo antes a paciente... já abordo antes sobre isso antes dela ir para o médico. Daí quando vai para o médico já tem o registro do histórico familiar, do histórico de saúde, da clínica, dos hábitos, já registrados... às vezes eles pedem, o usuário é leigo, ele acha realmente que é legal o método e ele vem pedir aquele, mas a escolha é sempre técnica, né. Então eu geralmente abordo isso, os hábitos de saúde, se fuma ou se não fuma, se tem histórico de trombose, acabo abordando bem mais essas duas questões: tabagismo e se tem história de trombose, deixo registrado, coloco o que o paciente vem pedir né, ou mudança, às vezes querem só mudar o método, às vezes já usam um e mudam e aí quando vai pro médico a escolha é técnica do prescritor né, mas ele também ouve o paciente, vê os registros, também faz anamnese e aí decide pelo método contraceptivo melhor indicado, né... faixa etária e tudo, porque tem as mulheres também que estão entrando... se bem que não é reprodutivo, mas não deixa de ser, entrando no climatério, o que tem de indicação, porque elas também têm medo, porque a menstruação começa a ficar irregular... às vezes elas vem lembrando “Ah não porque eu já não estava mais tomando comprimido, comecei a tomar comprimido, fiquei com medo a menstruação desceu...” é real né, porque acontece!! (risos).

*\_E essas queixas de climatério, aparecem bastante?*

muito... muito sintomático, algumas às vezes não entendem o que está acontecendo com ela, outras já vêm perguntando “ eu acho que estou entrando...” eles nunca falam climatério, né eles sempre falam menopausa “acho que tô entrando na menopausa, porque assim, assim...” falam dos sintomas, principalmente dos calorões, que é uma das coisas que mais incomodam, da secura vaginal, da perda

da libido, que isso mexe muito... como eu coleteo preventivo, a queixa mesmo da relação sexual com o companheiro é uma queixa muito grande aqui... A gente até já conversou com a nossa psicóloga já sobre isso, porque é uma coisa que tu te sentes meio amarrada, né... como é que vai resolver isso? (risos). Tipo elas contam... é muito triste o relato, elas não têm a libido, estão sem vontade nenhuma e mesmo assim tem que ter a relação sexual... isso é uma coisa que particularmente me incomoda, eu já discuti com o médico que eu trabalho... como a gente pode ajudar elas, né, daí a gente conversou com a nossa psicóloga, que nos deu orientações, abriu também mais o acesso pra elas, porque é uma mudança da fase de vida que mexe muito com a vida sexual, com a qualidade de vida, né? com tudo, na verdade, né... quando tem um companheiro fixo elas sofrem demais, os relatos são bem tristes assim...

*e você nota que tem algum apoio como é para dar o seguimento nesse caso...por exemplo, você acha bem triste essa questão do climatério, você sente que está limitada na abordagem, sente que tem alguma limitação?*

sinto que deveria ter mais conhecimento, estar treinada por um profissional que entende mais, o profissional que esteja especializado e “não o enfermeiro pode chegar até aqui” e aí claro, todo resto... a conduta fica focada mais no profissional médico, que tem que coletar os exames pra ver se realmente está naquele período, então fica muito mais focado ali... e a questão da libido é difícil porque você está orientando... eu não sou nenhuma PHD em sexologia, por exemplo (risos), mas eu gostaria que tivesse uma orientação ou que tivesse uma oficina para essas mulheres na unidade, entendeu? Porque eu acho isso particularmente muito triste. A forma que elas colocam é como se fosse uma violência dentro de casa... eu entendo como uma violência sexual que ela sofre dentro de casa porque ela não tem vontade nenhuma... e ela tem relação sexual sem o menor desejo, sem a menor vontade, sem o menor prazer... O registro, para mim são os piores relatos que eu tenho, para mim assim... e quando a mulher vem, daí eu tento abordar da questão, de quem que é esse parceiro, como é que foi a relação lá no início... porque isso é uma coisa que acontece até com a gente às vezes, né, com um relacionamento muito longo, que você não namora como namorava no início. Eu tento ir mais por essa linha porque a gente teve uma conversa com a psicóloga, né, pra gente tentar conversar mesmo, então, tentar... mas é bem subjetivo... elas falam ...elas lembram né ..”ah não a gente namorava né... “ah me faz um agrado?, é a coisa da rotina do dia a dia, fora todas as questões hormonais (risos) que não se pode ignorar... mas isso eu falo também, eu mostro que é normal. Às vezes eu até abro no meu computador, que é normal, daí elas “Ah eu sinto isso...”, mas uma coisa mais invasiva que você consiga melhorar, dar uma alavanca, dentro do consultório de enfermagem eu não sinto isso. Às vezes a cabeça pira né, daí eu dou dicas assim: ah, você tem que usar alguma coisa diferente, tem que se estimular, né, mas eu realmente não sei a efetividade disso.

*você tinha falado ali no início sobre intercorrências... aparece muita intercorrência relacionada à saúde reprodutiva e sexual aqui para ti?*

Bom acontece alguma coisa de doenças sexuais, mas nem sempre está lincado à dificuldade de... mas aí você quer saber sobre a dificuldade de reprodução?

*não, como a saúde sexual e reprodutiva como um todo*

vem muita DST aqui para a gente, condiloma, várias faixas etárias, mas realmente os mais jovens está tendo bastante (você está falando se está usando camisinha, né) e aí vem doença, vem gravidez, mesmo usando camisinha juram que que estão protegidos de tudo ali e muitos nem usam. Não uso do preservativo quando a gente faz a entrevista... eu incluí na minha anamnese da saúde da mulher principalmente, porque eu não atendo muito os homens, mas está tendo bastante procura dos homens, eu acho isso produtivo, para testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C, isso cresceu bastante assim... Tem mães fazem aqui comigo: ah quem pode fazer? E eu respondo que é para a comunidade toda, não tem dificuldade no agendamento, não tem nenhuma orientação só querer testar... e pode ser até menor. Teve mãe que trouxe até pequeninho... pequeninho mesmo que eu fiquei até com dó de furar o dedinho, veio as duas irmãzinhas para fazer e depois ele... então a comunidade está se ligando disso né. Então vem muita DST, que vem bastante, homem e mulher. A gente tem também os portadores de HIV, os soropositivos para HIV a gente tem aqui na nossa comunidade, e que também estão se reproduzindo, que pode, né claro, a gente sabe disso... que a gente também orienta, encaminha... a gente tem um caso ruim aqui que o paciente sabe desde 2012 e que não trata, a companheira sabe que ele tem e também não cuida, mas a gente já fez os testes e não soro converteu. A gente tem e bem mais pesado mesmo as questões de DST. A maior procura é isso e a prevenção... as mulheres com o preventivo, a prevenção de câncer de colo de útero. Outras queixas a gente teve poucas. Eu não vou te dizer precisamente quantas vieram tentar é por conta que não estavam conseguindo engravidar... a gente teve um caso que... ela começou o acompanhamento com a (médica) e mudou de cidade, pra Florianópolis, estava investigando, já estava fazendo exames, para ver qual era a dificuldade ela não tinha engravidado ainda do primeiro filho, e aí mudou de cidade e

engravidou! (risos). Claro que a gente sabe que a cabeça faz coisas né, mas assim... não muito jovem e ela “tenho que engravidar”, mas não vou saber precisar a idade. Ela mudou de cidade ... ela veio e terminou de acompanhar conosco o pré-natal, ganhou aqui o bebe e tudo.

*\_ me conta uma coisa, como é a tua procura para o rastreamento de câncer? De mama e cervical?*

A gente tem bastante procura, mas desde o ano passado a gente tem notado que desde o ano passado a gente tem notado que elas vêm, elas agendam só que faltam muito no dia agendado. Ah eu estava falando na minha anamnese... esqueci de falar, eu incluí o uso de preservativo na relação sexual, eu incluí a história de violência doméstica, que é uma coisa que a gente quase não abordava... até porque eu venho de uma história de muitos anos dentro de hospital e não na atenção básica, então como a violência doméstica é muito recorrente, é muito caso... porque a gente tem dificuldade de lidar com a violência... o que fazer com a violência, né! então a gente às vezes nem abordava, né... então eu incluí desde o ano passado na anamnese do preventivo mesmo, da coleta do preventivo... histórico a violência doméstica que é uma coisa que daí realmente... como as mulheres já sofreram violência doméstica...

*e elas percebem?*

poucas sofrem atualmente, mas muitas tem história no passado, com ex-marido, em casa, com a família mesmo... eu sempre pergunto mesmo, porque a gente tem um apoio bacana aqui, que é uma coisa que eu acho ótimo que a gente tem o apoio psicológico na nossa equipe... então eu sempre pergunto se isso está resolvido, é uma coisa que eu sempre abordo, porque pode ser que eu não consiga tratar isso com ela, mas eu encaminho pro profissional que realmente consiga, mas a grande maioria diz que já está acertado, que já foi resolvido, mas eu sempre pergunto quando tem história... sempre tomei de conduta perguntar: “isso já está resolvido pra você?” porque é absurdo o número de histórias de violência... uma delas a gente teve que encaminhar pra doutora (xxx) pra iniciar tratamento, porque ela chorava assim na cadeira, quando eu fiz a pergunta se estava tudo resolvido e ela abaixou a cabeça começou a chorar e era já uma história do passado. Então eu notei que eu incluí e daí a gente fica realmente ... não consegue se esconder do que tem de violência, se você pergunta você está... abre a resposta né. e aí elas falam mesmo, a gente tem bastante história de violência feminina. Nos homens eu também incluí tal?, nos testes rápidos, em todo atendimento eu incluí na anamnese, só não no agendamento de consulta que é mais uma triagem, abordagem isso não. Mas em todo atendimento de consulta de enfermagem, seja pra qualquer sexo masculino ou feminino eu sempre abordo a violência doméstica. Inclusive, alguns homens perguntam: “como assim? Eu não estou entendendo? Eu não sou violento!” eles acham sempre que se eles são violentos em casa e não se tem histórico de violência doméstica. A maioria entende como se ele fosse violento “não sou da paz” ... daí tem que explicar “não, se você sofreu alguma violência.” a gente tem que explicar também, né. Sempre que eu vejo que não tem o entendimento da outra parte, eu explico, né. Não me lembro de ter nenhum homem que nesse tempo tenha dito que teve, mas de mulheres muitas.

*E os encaminhamentos dessa parte, como que tu percebes, tem um apoio, tem uma rede de encaminhamento?*

A gente trata aqui, eu conto com o médico, porque muitas estão ainda numa fase depressiva, que não conseguem às vezes até se relacionarem muito bem com outro parceiro, com a parte médica e com o psicólogo, são os dois apoios que eu tenho, quando está mais agudo, eu já encaminho direto pro médico, que faz uma triagem e vê se consegue também até medicar antes de qualquer coisa se precisa fazer alguma medicação, se está influenciando, se está muito prejudicial no dia a dia e aí a questão da DST a gente tem que fazer triagem.. no preventivo, se tem alguma alteração no preventivo a gente já acata, mesmo que o usuário não queira por própria vontade agendar o teste rápido a gente já orienta pra fazer o teste rápido, já amarra, já trata o parceiro, já puxa né... vai puxando, esse é um compromisso da atenção básica e isso é um diferencial bem bacana que a agente consegue fazer.

*vocês têm alguma ação com a comunidade, ou em comunidade, com relação à saúde sexual e reprodutiva?*

A gente faz nas escolas, aborda o colégio, mas assim, nós abordamos ano passado, a gente tem 2 escolas na nossa área adscrita aqui. Eu só posso falar bem mais focada no ano passado porque eu vim para cá em novembro de 2016. Nessa comunidade ano passado a gente só trabalhou com uma escola. Esse ano a gente vai trabalhar com 2 escolas. Ano passado a gente abriu para os professores e diretor qual eram os assuntos que queriam que fosse abordado. Nenhum pediu saúde reprodutiva e sexual. Foi muito focado em tabagismo, álcool e droga. Inclusive na que a gente foi fazer de tabagismo os próprios alunos pediram sobre álcool e a criança é muito espontânea, né... Várias crianças da sala de aula relataram espontaneamente o problema de alcoolismo nas famílias e eles pediram para a gente falar sobre o álcool. Então a gente quando vai falar sobre drogas, inclui o álcool, falando um pouco mais sobre o alcoolismo. Então a gente não teve nenhum pedido, nenhuma solicitação de abordagem sobre saúde sexual e reprodutiva. Na escola que eu acho que é um ponto onde a gente tem que

trabalhar sempre, né? Esse ano a gente planeja fazer mais ações nas duas escolas e ver realmente quais serão os temas que os professores e diretores querem que a gente aborde com os alunos. Esses alunos aqui vão até a 5ª série, então são alunos pequenos, mas a gente tem gravidez na adolescência aqui, então precisa abordar, não tem jeito!

*E alguma outra ação na comunidade ou fica mais na escola?*

são mais focados nisso, a gente faz as campanhas dos testes rápidos, a gente já teve ação sobre a sífilis, por causa do indicador, a questão do acompanhamento do pré-natal, da saúde da mulher em outubro a gente aborda... tenta trazer profissional especializado... Ano passado a gente conseguiu uma ginecologista para vir conversar com toda comunidade, né. Porque a gente aborda diariamente, as agentes comunitárias vão nas casas também, né, abrem os serviços da unidade. Perguntam também sobre a necessidade dos usuários, mas assim uma grande ação... a gente faz essas pequenas ações assim com a comunidade, mas uma grande ação que trate bem em cima disso, a gente não tem assim com um público alvo mais amplo, né. A gente vai fazendo com as crianças na escola, não perde as fases do outubro rosa, do novembro azul, o agendamento do preventivo e do teste rápido direto na recepção, sem nenhuma indicação, sem nenhuma ordem, é só querer fazer, mas a gente orienta também os protocolos, é uma obrigação o protocolo do ministério, quando está aqui, mas não é restringido agendamento.

*E os acompanhamentos de pré-natal para vocês, como é que são?*

gente...

*como é que tu percebes?*

A maioria segue bem direitinho, né, dos nossos usuários... A gente faz intercalado médico e enfermeiro, quem abre sou eu como enfermeira, que toda aquela burocracia que tem que fazer e realmente não dá para passar isso para o médico pelo tempo de consulta que é um tempo mais prolongado que precisa com a gestantes. Nós fazemos o teste rápido aqui também, eu esqueci de falar do teste rápido de gravidez, mas do pré-natal é bem tranquilo, até eu falo... conforme o protocolo, se entrar uma gestante com alto risco, a gente faz pareado com a Darci Vargas... Eu lembro que em outra unidade, num tempo atrás que eu trabalhei, a gente passava pra Darci Vargas e ficava, né, alto risco (risos).

*e ficava lá?*

sim! Agora não, né... realmente o usuário é nosso né, da atenção básica, então acompanha direitinho conosco, com a enfermeira um mês, médico outro e a Darci Vargas junto, né então é um cuidado bem apoiado, com eles. Algumas faltam, né..., mas a grande maioria acompanha bem, a gente consegue pegar depois no puerpério também, fazer a visita da carinha, acho que a gestante aqui..., mas tem, sempre tem alguma fugitiva assim...

*Tu já estiveste envolvida em alguma questão ligada ao aborto?*

Ah, recente a gente teve um aborto aqui, a gente teve semana retrasada. eu não consegui verificar o BCF, que é uma coisa que me angustia muito... particularmente porque quando eu fiz a minha formação acadêmica eu nunca pensei que eu ia trabalhar com a ginecologia e obstetrícia e a gente acaba trabalhando, né aqui dentro da atenção básica você faz né. porque você faz toda a coleta de preventivo e todo acompanhamento de pré-natal em conjunto com o médico, então não era uma questão de gosto, não tinha nenhuma... Na verdade passei pelos estágios, passei, me formei, mas eu nunca escolhi aquela área de atuação, mas daí quando tu chega na atenção básica não tem jeito, você vai fazer, né *foi angustiante, então...*

foi uma angustia para mim... então, gestante é uma angustia e o preventivo também... não é uma coisa que eu curto fazer, mas é uma coisa que eu aprendi a gostar, então eu tive que estudar mais, entende? E recentemente a gente teve sim um, bem triste, não consegui verificar o BCF, às vezes a gente até tem que agradecer de ter médico na unidade, naquele dia eu estava sem médico na unidade... talvez tirar o médico pra fazer, né mas eu já tinha verificado várias vezes, com 2 aparelhos, então eu tentei bem mesmo, fiquei até com o dedo duro de tentar... chegou a doer meus dedos de realmente... Já tinha um filho né e no dia seguinte veio a mãe chorando que realmente tinham constatado o óbito fetal e ela estava muito angustiada na questão que mandaram pra casa e diz que em 1 semana voltar, então aborto retido, então eu também não tenho grande experiência disso, grande conhecimento pra lidar com sofrimento tão grande, então eu conversei um pouco com o paciente, mas também pedi ajuda para o médico, porque a paciente que tinha perdido o bebe pegou a informação com o obstetra lá na Darci Vargas, mas a mãe não, ela não pode estar então ela estava se culpando porque não pode ir com a filha... e ela estava com medo que o feto apodrecesse na barriga da filha, aquela coisa assim... então eu pedi apoio mesmo do médico pra conversar, explicar, né... Elas vieram em momentos separados, mas eu orientei bem a mãe e disse: é o nosso serviço de apoio, eu confio no serviço de apoio, é lá que eu encaminho o nosso usuário e veja eu encaminhei a sua filha para o nosso serviço de apoio, no qual eu confio, porque realmente eu tive dificuldade, eu não consegui... e é a minha obrigação técnica

encaminhar então eu encaminhei, foi constatado e a gente tem que confiar também na conduta do serviço especializado. É serviço especializado e a gente não pode, e aí a nossa médica conversou, a mesma coisa que na maternidade..., mas a gente tem e não foi a primeira não, a gente tem e é muito triste

*E alguma vez alguém já te procurou pedindo isso?*

Não, Graças a Deus! (risos) Ainda não, porque eu não saberia o que fazer, talvez seja a tua pergunta subsequente, né, está e daí o que tu farias? Não, nenhuma, eu tenho 19 anos de formada e não, nunca, nunca mesmo, agora que tu chamaste atenção, trabalhei em hospital, trabalhei em pronto socorro, em UTI, nunca ninguém nem abordou em (não audível) orgânica, médico cirúrgica, nunca ninguém me abordou pedindo informação como eu faço ou estou e não quero, nunca fui abordada e fico bem feliz...

*E que já tenha provocado, você que já trabalhou em hospital, já se deparou com alguém que tenha provocado o aborto, já depois de consumado o fato?*

estou tentando lembrar (risos), são 19 anos... eu não vou dizer que sim porque eu não lembro, não adianta, né. Agora também, eu trabalhei em hospital privado na maioria das vezes e que tinha centro obstétrico e que muitas vezes nem passava. Não passava em setor de pediatria e clínica médica-cirúrgica, não era ali que as pacientes ficavam. Com certeza deve ter tido, mas não comigo. Agora eu atendi uma vítima de estupro mesmo numa instituição privada alguns anos atrás e eu fiquei chocada, menina adolescente, com petéquia até no olho porque foi... (mostra com gesto um estrangulamento). Foi muito bem atendido, na época a delegacia ia dentro do hospital fazer toda a ocorrência, mas é um choque, a gente ah está, está superpreparada, é melhor atender uma parada cardiopulmonar, do que uma situação dessa. Inclusive até o aborto que é uma coisa que mexe muito com a gente. A gente abre o pré-natal da gestante aqui, então é uma coisa que às vezes no hospital tu tem uma distância né do usuário, ele chega ali com aquela intercorrência, mas aqui não e depois você continua acompanhando aquela família, então você se envolve muito mais com a paciente, assim, é bem...

*faz parte, né?*

Uhum. Tem que ser, né? Por isso saúde da família, tem que ter o vínculo e o vínculo é diferente mesmo.

*E você já foi procurada por um paciente homossexual pedindo orientação para a questão sexual e até de contracepção.*

não, não...

*nenhuma procura...*

O que eu tive de experiência foi numa outra unidade que trabalhei em 2016 que a médica engajada com as minorias, com os grupos e ela trouxe um grupo de homossexuais, apresentou todo mundo na unidade para a gente quebrar esse tabu de que mulher que faz preventivo é só a heterossexual, com relação com homens... que a mulher homossexual tem que fazer o cuidado da mama, tem que cuidar o preventivo... Então assim, foi bem legal, veio o grupo deles, bem bacana, daí a equipe também se apresentou... da comunidade. Mas era o engajamento daquele profissional da unidade que puxou e olha: estamos de porta aberta para atender vocês. Aqui a gente está atendendo atualmente uma paciente transexual que está tentando a mudança de sexo e já combinou conosco: você vai trocar minha sonda. Se eu não estou enganada vai à Porto Alegre fazer a mudança de sexo... É a gente a chama pelo nome social, realmente uma mulher, muito querida assim... já deu até entrevista na RBS, opa, na NSC...

*me conta como é que foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva... como é que tu vê a tua formação hoje já anos depois?*

é eu me formei em 99 e a minha formação acadêmica... daí realmente como eu falei, depois que eu saí dali eu fui fazer uma especialização (nada a ver com a minha profissão...) em saúde mental, psicopatologia e psicanálise, porque eu acho que quando eu me formei, realmente total desgosto da questão de ginecologia e obstetrícia. Eu lembro que meu primeiro emprego eu fui entrevistada e ela falou assim: Ah e o que tu não gostas, o que tu não gostarias de trabalhar? Daí eu falei: obstetrícia, ginecologia e obstetrícia, não quero! Eu realmente tinha ojeriza, realmente foi muito traumatizante meus estágios em sala de parto, eu fiquei meio chocada nos meus estágios, dei azar ou não né... não te preocupa, nós não temos esse serviço aqui, é Darci Vargas. Então qualquer outra coisa que tem, estou dentro! Então foi da formação. Depois da formação, bem dizer eu quase não trabalhei muito com isso, focado nisso... claro que a gente se envolve em hospital com algumas questões de... atendia as gestantes na emergência..., mas a gente só encaminhava para o centro obstétrico... não ficava ali dentro do serviço de emergência. Eu trabalhei muito tempo em instituição privada, que realmente tem as casinhas bem certinhas, paciente só entra, é uma passagem, né? E aí quando eu fui mesmo trabalhar na atenção básica, em 2013, em dezembro de 2013 eu disse: Meu Deus, eu não consigo fazer sozinha, né? Eu só coletei preventivo na minha formação com a professora do lado e agora, né? Vou precisar ajuda de uma colega, e aí eu tive todo o apoio assim e isso foi bem bacana... tanto de

coleguismo dentro da equipe da mesma categoria, de outra enfermeira como da coordenação também, na questão da agilidade da coleta o tempo de atendimento, né... nessa questão eu acho que fui bem privilegiada né. Que atualmente está bem difícil essa questão do tempo de atendimento, mas assim na época foi muito bom isso para mim e eu fiquei bem feliz. Então eu fui estudar, fui praticar, não sozinha... Primeiro eu fui ver, me senti estudante de novo, que foi uma coisa bem boa, não um "te vira aí". E é uma coisa tão íntima para a mulher, então.

*E hoje, tu classificarias a tua formação como suficiente ou não suficiente?*

Da graduação?

é

ah eu acho que poderia ser mais suficiente, poderia ser mais eficiente, mas como também..., mas também não né a gente também tem que ter consciência a formação é generalista, né... tanto é que eu fui parar lá na saúde mental e quem quer são as enfermeiras obstétricas, que vão para a área da obstetria. Mas a minha maior dificuldade mesmo dentro do consultório é essa questão mesmo quando elas puxam no discurso da dificuldade, essa coisa mais: como que eu faço lá em casa, essa coisa de vivência, assim né, porque eu também não tenho grandes vivências assim... Não sou tão menina, mas não tenho grandes vivências. É porque o que às vezes dá certo para a gente às vezes não dá certo para o outro... então eu sinto mais dificuldade é nessa abordagem, porque sempre tem o apoio do médico e isso é muito bom, porque de fato tem condutas que não adianta, não é o enfermeiro que vai fazer e sim o médico, então a gente tem sempre o apoio do profissional... Isso eu sempre tive na minha vida toda em qualquer lugar, no hospital ou em unidade básica de saúde, essa parceria é sempre muito bem-vinda e acontece, Graças a Deus.

*me conta o que tu conheces da política municipal ou das diretrizes municipais de saúde sexual e reprodutiva?*

Ah o básico mesmo que a gente tem que fazer prevenção, tem que cuidar dos programas do ministério, prevenção do câncer do colo de útero, mama, né já faz toda a parte da questão da saúde reprodutiva, de contraceptivo, já aborda quantos filhos, quantas gestações, se teve aborto, se não teve aborto, algumas, ah, gostaria... tem meninas novas que querem engravidar a gente tenta abordar pra que não tenha essa gravidez aos 15 ou 16 anos, pra tentar o planejamento familiar mesmo, que é a nossa obrigação do planejamento familiar também, o pré-natal, a rede cegonha... mas alguma coisa mais específica mesmo, tipo se muda o caminho, eu não conheço, se tem uma outro forma de abordar, um outro caminho, não conheço.

*TU tens conhecimento se existe alguma diretriz do ministério da saúde, nacional, para isso?*

não tenho, não tenho, mas assim, posso te dizer que talvez seja até por ignorância, está, porque se você me disser que tem, tu que não viu, eu vou acreditar, entendeu? Os protocolos o caderno de atenção básica, de acompanhamento do pré-natal, os cadernos da atenção básica do DAB, mas uma diretriz para uma dificuldade de engravidar, por exemplo: o que vamos fazer, quais as soluções? Tem fecundação. todos esses que são caríssimos os tratamentos, que alguém consegue pagar, porque tem dinheiro, né... e como é que funciona no Sistema Único de Saúde? Desconheço. Sou realista, não sei. Se alguma mulher me abordar eu ia dizer desconheço no SUS, mas temos na rede privada, mas vou tentar procurar se fosse o caso... eu ia tentar descobrir se tem né e com certeza ia grudar ali na médica e ia falar: e aí vamos descobrir o que que tem, o que a gente faz com essa, jovem, querendo engravidar, já com tentativas tantas, mas eu desconheço mesmo.

*E na tua profissão, existe alguma regra, explicita ou não de condutas em relação a esse assunto?*

Bem mais é o código de ética mesmo, né que a gente tem que ter as nossas responsabilidades técnicas, tomar uma conduta segura com o usuário, mas nada mais assim focada na questão da reprodução... Uma coisa específica assim, no código de ética, na nossa segurança técnica, se você se sentir inseguro, pode até recusar a fazer assistência, mas não restrito a isso. Não que ah, o enfermeiro não pode fazer tal conduta... acho que talvez seja isso que você está perguntando, né?

sim

não, não. Desconheço. Eu sei que alguns enfermeiros fazem o parto assistido aí né, dentro das residências das mulheres que querem ganhar os filhos dentro de casa, tem até uma colega minha que ganhou dentro da sala dela, numa piscina inflável. Respeito, mas eu jamais faria, por exemplo, né? Nem eu grávida parindo, muito menos eu assistindo como enfermeira... jamais, não estou dentro. Mas respeito.

*E você acha que de tudo isso que a gente conversou tem alguma coisa aspecto que não foi abordado e que tu consideras importante?*

acho que não, não.

Entrevista 050418E03

\_poderias me descrever de uma maneira mais completa e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?



\_na atenção primária eu acho que a gente faz pouco, né, mas assim, a gente faz... enfermeiro principalmente nas consultas do preventivo mesmo, onde eu faço... Eu estou numa situação privilegiada onde na unidade que eu estou, porque é uma unidade com território adequado, estrutura física adequada... então eu consigo hoje até quando... estou sofrendo pressão, né, mas hoje as minhas consultas de preventivo eu agendo elas a cada 1 hora e nessa 1 hora eu consigo abordar temas relacionados à sexualidade, se ela aponta né eu pergunto da vida sexual, da libido, se tem, se elas falam que não ou falam alguma coisa relativo a isso eu já abordo o tema ali, questão de contraceptivos abordo ali, e em todos os preventivos eu já faço o teste rápido, HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. então eu acho que essa é a principal atividade hoje em relação à vida sexual e reprodutiva. Daí tem a questão masculina... na outra unidade onde eu trabalhava eu fazia grupo com os homens que procuravam por esterilização cirúrgica. Ali como eu tenho uma demanda pequena eu faço individual, então quando tem a procura eu faço toda a orientação de métodos e tudo mais e daí depois a gente faz o encaminhamento e daí a gente tem um parceria bem boa com a escola, que a minha unidade é do lado da escola, e a gente fez um trabalho lá ano passado sobre sexualidade e tudo mais com a equipe do NASF e agora os adolescentes vira e mexe vem alguma menina: ah, estou com uma dificuldade com meu contraceptivo, ou: vou começar a namorar e tal, queria começar. A gente conseguiu construir esse vínculo com alguns alunos, então eu acho que seria mais ou menos isso. E o nosso planejamento local do ano passado, porque apesar de a gente ter uma população de 3500 habitantes, mês passado a gente estava com 22 gestantes, o que é bastante para nossa população. E no planejamento local quando a gente compilou os dados ano passado a gente verificou que mais de 50% das nossas gestantes foram gestações não planejadas, então nesse ano no nosso planejamento o tema de planejamento familiar é um dos temas centrais, então a gente está começando a trabalhar nesse tema também e agora eu estou procurando alguém pra conseguir ir lá fazer uma atualização de abordagem uso de método contraceptivo, pra equipe toda pra gente conseguir dar continuidade nisso. Acho que mais ou menos é isso.

\_ me conta uma coisa: como é que foi a abordagem que vocês usaram quando foram na escola?

\_ na escola a abordagem a gente construiu junto: a psicóloga do NASF, a educadora física e eu. A gente sentou e a nós fizemos em alguns módulos. A gente não conseguiu fazer com todos os alunos, daí como quem conhece melhor os alunos é a escola. A gente orientou então que a escola pegasse alguns alunos que fossem aqueles que iriam reproduzir talvez algumas coisas, né e nós fizemos então em 3 etapas, com as turmas da manhã e com as turmas da tarde. Então a primeira etapa foi sobre conhecer o corpo mesmo, essa parte fui eu que fiz, a gente jogou um papel craft no chão e eles vieram desenhar o corpo e tal e a partir dali a gente foi desenvolvendo como é que acontece a gravidez relação sexual, todas essas questões, então o outro encontro foi sobre DST e daí a psicóloga tinha um material... deixa eu lembrar agora como a gente fez essa abordagem... é.. ah sim, daí a gente usou uma caixinha, porque o que aconteceu antes da gente fazer a atividade a gente pediu que o professor de ciências pedisse para eles colocarem algumas coisas que eles tinham dúvida, que ele visse as perguntas, trabalhasse os temas na sala de aula, daí quando a gente fosse a gente iria trabalhar. Daí a gente trabalhou com caixinha de pergunta. Fizemos 2 equipes, cada um tirava uma pergunta, a equipe que respondesse ganhava um ponto, daí a gente levou umas lembrancinhas, alguns brindes... Daí a terceira parte foi de método contraceptivo que também a gente fez tipo um painel, com os tipos de métodos e também dividimos em equipes e eles tinham que dizer o que era o método de barreira, o que era o método hormonal, foi mais ou menos assim.

\_ e a decisão de vocês irem para a escola, foi uma demanda vinda da comunidade ou percebida por vocês?

\_da comunidade, foi uma demanda vinda da escola.

\_e na tua abordagem individual, que você disse que faz, na tua prática, o que é mais comum que te aparece?

\_o mais comum... é que assim, tem coisas que é bem específica da região onde eu trabalho então é muito comum as dificuldades relacionadas com a sexualidade mesmo. Mulheres que quando tu falas que elas têm que se tocar no banho para ver se não tem nada diferente, se não apareceu nenhuma bolinha, nada elas ficam apavoradas... muito comum relatos que: "ah, a libido é presente? hummm, é..." geralmente não é essa a palavra que eu uso. Da outra unidade para cá até a abordagem teve que ser diferente, então assim: ah, tem vida sexual ativa? Namora ainda? "ééé, sim a gente faz as obrigação de mulher". Quando não isso né "sim, sim, tenho relação". Sente vontade? sente prazer? "éé, não né, mas a gente tem que fazer...daí vem o gancho: tá mais como é que foi, sempre foi assim? de uns tempos pra cá que ficou assim? pelo menos tentar identificar se isso é um tabu mesmo, se é algo que está acontecendo, então tem situações que eu consigo abordar, tem situações que a mulher fecha, não dá, daí eu também não insisto, tem também situações, e isso é uma coisa que me chamou atenção da minha região assim, que eu não tinha percebido em outros lugares: casais que não têm relação há

muitos anos já. Ah não eu já durmo num quarto separado, a gente dorme no mesmo quarto, a gente já não tem relação há 10 anos, há 7 anos, há 15 anos. Daí como que é isso para ti? “não, pra mim é até melhor” (risos). Se está bom para ti, está bom para mim e acabou a conversa! (risos). Muito esporadicamente quando acontece esse tipo de situação tem alguma mulher que diz “ah, é, não eu deixei, agora não dou mais bola, mas tu percebes que tem a necessidade desse contato sexual e daí dependendo da mulher eu consigo abordar ou não a questão do toque, a questão de, de repente, outras possibilidades.

\_ me conta com relação, ãã, quando elas te procuram para métodos contraceptivos o que é a maior demanda para você?

\_ Hoje o nosso problema é que elas não procuram para métodos contraceptivos, então por isso é uma demanda nossa do planejamento local, tanto que é muito comum uma agente comunitária trazer: “numa conversa lá na visita ela disse que não tá usando nada...”. Mas a dificuldade nossa hoje é essa. Uma outra vem em busca de..., mas a maioria é a ACS que traz... tanto que um dos nossos pontos do planejamento local é a priorização para as mulheres que vêm. Então, mulher chegou lá na unidade, chegou na demanda espontânea: “eu quero usar método, eu quero trocar”, ela nem entra na agenda, ela já vem pra porta da enfermeira e já vai pra lista de atendimento da médica e já sai de lá... até ontem a gente teve uma situação assim: um casal, 4 filhos bem pequenos e ela tem um bebe agora de 3 meses e não estava usando nada, todas as gestações não planejadas. Ela chegou na unidade pra vacinar o pequeno, o técnico já me chamou, eu já fui lá, catei a gente fez a abordagem, conseguimos falar com o marido, que era uma dificuldade e ela já saiu de lá com a primeira injetável do contraceptivo, a receita e ele já levou os documentos e saiu de lá agendado para a orientação de planejamento familiar, porque ele disse que tinha interesse na esterilização cirúrgica. Então eles são de fato priorizados lá, de acordo com o planejamento local.

\_ e essa esterilização? Como é que tu percebes o encaminhamento, a rede, como está?

\_ olha eu não tenho muitas críticas positivas com relação a forma como está, mas isso é algo que já vem funcionando há muito tempo, né? E para mim é bem tranquilo. A gente não faz mais grupo, mas eu acho bem mais interessante a abordagem em grupo, que eles fazem mais perguntas, eles se sentem mais à vontade, no individual, acaba sendo eu falando e eles ouvindo, com o olho arregalado, mas eu acho que é bem tranquilo.

\_ E há alguma demanda para a esterilização feminina?

\_ tem muita demanda, muita. Até porque uma coisa que me chama a atenção: as mulheres procuram mais que os homens e quando a gente aborda a questão: ah, é melhor teu marido fazer... “ah não ele não vai querer fazer”. Daí tu chama o marido, não que ele aceita assim de primeira, mas existe ali uma possibilidade, então eu acho que é um tabu também para as mulheres essa questão. Eu nunca abordei esse tema mais profundamente. Agora não acho que é um tabu de elas ficarem com medo dos homens ficarem menos homem, é um tabu de falar com eles sobre o assunto. Eu acho que é mais nesse sentido. Então a gente tem bem mais procura...a esterilização masculina acaba vindo de uma procura da esterilização feminina. Pelo menos na minha realidade é uma situação assim: elas vêm procurando por uma laqueadura, daí a gente faz a orientação que o risco é maior... oferta a esterilização masculina, daí elas trazem o marido para conversar.

\_ E com relação aos métodos não hormonais: tem demanda na tua área?

\_ então os métodos não hormonais: preservativo e o DIU?

\_ Aham...

\_ o preservativo eu acabo não acompanhando muito a retirada porque fica na recepção e a sala fica na parte de dentro, no final do corredor. No preventivo, quando aborda, são pouquíssimos casos... eu estou lá há 1 ano e 2 preventivos que eu atendi que o casal utiliza preservativo... não mais que isso. O DIU ainda tem muito preconceito com relação ao DIU, muito diz que me disse, porque a vizinha, da sobrinha, da sogra ... o DIU foi para na cabeça, sabe (risos), histórias assim. Então a parte mais difícil do DIU é desmistificar. Mas ainda assim, às vezes a gente ... Só que hoje a dificuldade que a gente tem com o DIU é a inserção. Na rede está muito difícil, eu tinha 1 adolescente que estava namorando há 3 meses, foi morar com o namorado, o namorado não queria ter filhos, a família do namorado não queria que eles tivessem filhos ela falava que não queria ter, mas não usava nada, sabe. A gente ofertou DIU, daí veio essa questão dos mitos todos, a gente fez a orientação e ela disse tá, 14 anos a adolescente, tá então eu vou colocar... e coloca onde? Daí inclusive ela conseguiu colocar lá no (outra unidade de saúde), com uma gineco que é de outra unidade que ia 1 vez por semana lá, sabe, mas daí assim: foi um trabalho em conjunto de 2, 3 coordenadoras, de 2 equipes, daí o material veio de (nome de unidade), lá pro (nome da unidade) pra eu mandar lá pro (nome de unidade)... então assim: um negócio mega pra inserção de 1 DIU. Então assim: com o DIU a nossa dificuldade é essa: a rede.

\_ já estive em alguma situação que lidasse com infertilidade?

\_ já, eu já tive uma situação de infertilidade ali na unidade e tive outra na outra unidade que eu trabalhava.

\_ e como é que foi esse encaminhamento? Como é que tu sentiste a rede?

\_ então eu acabo não tendo muito contato. No protocolo do Município, não fala nada de infertilidade. Fala das mulheres que engravidam bonitinho, das demais não fala nada. Daí tem um manualzinho do ministério da saúde que é o que eu uso e daí ali fala um pouquinho da abordagem, mas também muito sucinto e daí encaminho para a médica, para ela solicitar os exames antes de encaminhar pra gineco e daí a gente encaminha pra gineco. Daí acontece assim: muitos dos ginecologistas não sabem que o SUS oferece tratamento para a infertilidade. Tanto que teve uma das nossas pacientes que estava lá com os documentos com o TFD (tratamento fora do domicílio) para fazer e daí uma das guias venceu e ela precisava que o ginecologista refizesse. Daí a gente solicitou que um ginecologista que estava nos atendendo e ela disse: "Ai meu Deus, deixa eu tirar cópia disso tudo que eu nem sabia que o SUS fazia", o próprio ginecologista. E isso não acontece só com infertilidade, acontece com várias outras coisas. Já peguei paciente assim que veio assim de bebe que precisava de tal exame e falaram assim que o SUS não faz... Eu digo: faz! o SUS faz tudo, não faz aqui em Joinville, né, mas o SUS faz tudo. Daí orientei ela, quais são os caminhos, tal... então infertilidade, essa é a dificuldade. boa parte dos profissionais da rede não conhece os caminhos para encaminhar...

\_ interessante...

\_ já esteve relacionada a uma questão de aborto?

\_ Aborto, não. Inclusive isso é uma questão bem interessante assim... porque as mulheres quando elas abortam elas não retornam na Unidade, nem para falar, nem para contar, nem para fazer exame de rotina e nada. Elas abortam e a gente fica sabendo que elas abortaram porque a agente comunitária informa, mas elas não retornam na unidade.

\_ E já apareceu alguma demanda de alguma paciente pedindo demandando um desejo de abortar?

\_ não, abertamente não, tem aquelas que a gente sabe que não queriam. Tem uma paciente que inclusive o parto dela foi agora nesse final de semana. Uma menina que claramente assim... Ela não falou em nenhum momento de abortar, mas se tivesse sido feita essa oferta no início da gravidez ela tivesse aceitado. Uma menina que não permitia que o esposo encostasse na barriga dela, nem que a mãe. Não permitia que ninguém a acompanhasse ela nos Ultrassons e falou que não queria amamentar o bebe. Então são indícios que aquele bebe de fato não é desejado, que ela de fato não queria, né, então, mas abertamente falar que eu quero abortar, não.

\_ e numa situação hipotética, se isso tivesse acontecido, como tu achas que lidaria?

\_ Olha... assim eu acho que eu tenho um privilégio de ter trabalhado com vários profissionais que me ensinaram muito, sabe e eu penso que o que a mulher faz com o corpo dela, é uma decisão dela e não deve ser minha... então se ela desejasse abortar, como hoje é proibido, eu não poderia, enquanto profissional de saúde, independente do que eu acredito apoiá-la nessa decisão e nem ajudar de qualquer forma. O que eu poderia fazer é um encaminhamento, para um psicólogo para um acompanhamento, pra que isso fosse o menos doloroso possível ter esse bebe e para decidir o que ela faria com esse bebe depois uma vez que de fato ela não quer. Ou o que ela tem de suporte familiar. Porque lá a gente trabalha com isso. A gente tem a equipe do NASF que dá apoio, mas o acolhimento da demanda sempre é feito pelo enfermeiro da unidade e quando eu acho que é necessário, o médico e daí depois a gente matricia para o NASF. Então... nunca peguei, mas eu acredito que seria mais ou menos isso, ia acolher essa demanda, veria o que ela tem de suporte familiar, de rede de apoio, o que ela pensaria, uma vez que é ilegal o quê que ela pensaria sobre isso, e encaminharia ela para um acompanhamento para que fosse o menos penoso para ela estar grávida.

\_ como é a questão de DSTs e HIV na tua, no teu dia a dia.

\_ A gente trabalha bastante até porque os testes rápidos eu faço em todos os preventivos e agente também tem um fluxo interno bem interessante. Por exemplo: chegou no consultório da médica, ela suspeita de uma suspeita de DST, não reagenda, ela já bate na minha porta e ah, preciso de um teste rápido ele aguarda na recepção, eu chamo e agente já faz o teste na hora. A não ser que seja: Ah, vou pedir os exames de rotina e quero pedir os testes rápidos juntos. Daí o paciente vai e agenda, mas na suspeita ela vem, bate na porta e a gente já faz. E a gente tem alguns diagnósticos de sífilis, no preventivo eu peguei alguns e na questão de queixa também no consultório do médico que ela encaminha aqui pra mim, e agora recentemente o diagnóstico de HIV a gente tem pego também.

\_ como que é a tua Vicência com relação ao pré-natal?

\_ Então o pré-natal... na outra unidade em que eu trabalhava há menos de um ano eu fazia só a primeira consulta, então em abril do ano passado, que foi quando eu comecei a trabalhar ali é que foi quando eu comecei a intercalar as consultas de pré-natal, então pra mim foi uma novidade boa, porque no começo eu estava muito insegura, sobre: a gestante trouxe a queixa, e se eu falei errado, vai que perde o bebe a responsabilidade vai ser minha, enfim. Mas a gente vai se acostumando, vai lendo um

pouquinho e hoje o pré-natal é uma atividade das coisas mais prazerosas. Também a partir deste ano eu estou tentando instituir e claro que as coisas são difíceis, mas uma visita de último trimestre de gestação e está sendo uma experiência maravilhosa. Eu pensei: vou implantar e vou sentir: se eu achar que não tem essa necessidade, não tem essa demanda, eu cancelo e vamos investir tempo em outra coisa. E não tem uma demanda clínica, mas tem uma demanda de vínculo muito grande que eu chego na visita e a gestante diz: “Ah vem aqui, me ajuda a escolher onde eu coloco o berço, tu achas que esse trocador está na altura certa?” e assim está sendo um espaço de orientação muito interessante porque as questões que vêm são diferentes das que elas trazem no consultório. Questão de amamentação dá a impressão que elas absorvem melhor, quando elas estão na casa delas, dá a impressão que aquilo é vivo, não é algo subjetivo, está ali o berço do bebe, o trocador... é como se o bebe estivesse ali, como se a gente estivesse falando dele ali, então está sendo uma experiência bem interessante. Até teve uma gestante que eu visitei e a prima dela estava grávida e no mesmo dia foi para a maternidade e eu não consegui ir visitar. Então essa que ganhou foi lá fazer o teste do pezinho e ela disse: “então, não deu tempo de tu ires lá me ver”. É um lugar pequeno, meio que todo mundo é parente e uma vai falando para outra. Tem sido uma experiência bem boa. E as de pós-parto eu percebo que assim, o pós-parto é uma grande dificuldade. Eu não sei se é porque eu também tive uma experiência difícil de pós-parto e a experiência pessoal acaba contando, mas eu vejo que as mulheres ficam muito abandonadas no pós-parto, principalmente as mães que é o primeiro filho e que elas não têm ideia do que acontece depois. Elas não têm ideia do quanto é difícil cuidar do bebe, se recuperar, amamentar... tudo isso é muito difícil e elas não... como elas não sabem o que acontece, elas não criam redes de apoio, então nas visitas de carinho... na outra unidade eu não tinha como estruturar nada, porque lá era uma unidade de rede, com 19000 pessoas e não tinha nada. Mas nas visitas de carinho eu sempre observava isso. Então eu tenho tentado, nem sempre eu consigo, mas eu tenho tentado fazer mais de 1 visita de pós-parto, pelo menos para aquelas que eu vejo que tem uma dificuldade maior. Então eu vou e se eu vejo que aquela mulher está com muita fragilidade, se está com muita dificuldade, eu volto na semana seguinte, se precisar eu volto na outra até dar a consulta de 1 mês para ela ver com a médica, sabe. E tem sido também uma boa experiência. Em nem todas eu volto, 2 nem 3, estou tentando privilegiar aquelas que têm mais dificuldade mesmo e tem sido assim... principalmente com relação ao desmame, tem dado bastante impacto com relação a isso.

\_ e essa tua “sacada” de ir visitar no terceiro trimestre? Foi uma percepção tua, uma demanda tua... como é que foi?

\_ ah então eu já tinha algumas angustias, né. Porque Eu começo a orientar do pós-parto na consulta do segundo trimestre, já começo a falar de rede de apoio lá atrás e eu vi que elas vinham e falavam algumas coisas, mas eu não conseguia ter a dimensão de como estava lá, eu tinha essa preocupação: como é que está lá, como é que isso de fato está acontecendo? Daí eu recebi uma acadêmica de enfermagem que estava fazendo o último estágio, supervisionado, e a professora dela é especialista em saúde da criança e ela tinha ido fazer um curso que eu queria ter ido fazer, mas não fui por questões financeiras mesmo. Ela fez um curso de materno-infantil em Cuba e daí ela falou que lá eles tinham essa experiência de visitar a gestante, que eles fazem 4 visitas de pós-parto. E eu disse: nossa que sonho isso. Mas com a agenda amarrada que a gente tem, né? Mas eu disse: não, isso vai ter que acontecer, né. Eu preciso sentir isso, eu preciso pelo menos experimentar pra ver se é uma realidade de Cuba, que existe essa necessidade ou não e daí claro, né, tive que fechar mais uma agenda, a gente sente aquela pressaozinha da recepção, né, eu fecho a agenda e quando eu vejo tem paciente agendado, que desbloqueiam por conta, sente uma pressão assim da equipe que muitas vezes não entendem a necessidade, né. Se a gente vai conversando daí eu comecei a fazer e é bem interessante. A ideia partiu da professora.

\_ já te deparou com algum homossexual te pedindo alguma orientação com relação a orientação de comportamento sexual, de saúde sexual, e reprodutiva.

\_ Pedindo explicitamente não, mas no teste rápido a demanda vem também, que daí a gente começa a conversar e tal no aconselhamento e acaba vindo assim: ó tem que usar preservativo, daí ele diz: “ah, é a gente sabe”, e eu digo: mas não vem bem lubrificado, né não é lubrificado suficiente. A gente não percebe, mas tem algumas coisas que também são bem... o preservativo masculino não é feito para homossexual. Aquela lubrificação não dá conta disso. Ele é para o sexo vaginal, e daí então eu aproveito... oh, tem que colocar um monte de gel lá, senão não vai funcionar, vai doer mesmo e vai arrebentar mesmo. Não sou profunda conhecedora, mas algumas coisas a gente vai aprendendo, né e como eu disse eu tive a felicidade de trabalhar com bons profissionais então acaba sim tendo alguma coisa de orientação sexual para homossexual sim. Pena que a gente recebe pouco suporte, acho eu poderia ser melhor isso, que poderia ser mais, porque são poucos os espaços que eles têm, são pouquíssimos os espaços e quando a gente começa a conversar e percebe que tem a necessidade dessa conversa. Até não só da questão sexual em si, mas assim da prevenção, ah pois é, eu tive um

outro relacionamento, ele não sabe, tu não contas. Eu brinco com eles: essa aqui é a sala sem vergonha, porque não é para ter vergonha de nada, né? Então, não estou aqui para te julgar, tu fazes da tua vida o que tu quiseres, mas tu não podes abrir mão de se cuidar e de pensar que o teu parceiro em casa tem esse direito.

\_ e você se depara no dia a dia com vítima de violência?

\_ olha depende: defina violência né (risos)

\_ toda e qualquer: de gênero, sexual, marital, intrafamiliar.

\_ tem muito de violência psicológica, envolvendo a questão sexual, isso tem bastante, velada, sempre muito velada, disfarçada de outras coisas, tem um caso de violência sexual com adolescente, caso de uma gestante que agora eu estou superpreocupada com ela. Ela teve bebe e no pré-natal a gente conseguiu pegar que ela sofria agressão: violência física, não necessariamente a sexual, mas tem, tem bastante caso.

\_ e como é que tu percebes a rede de apoio para essa demanda?

\_ eu percebo que a rede é muito confusa. Porque assim os casos que são agudos são tranquilos né: ah, chegou uma criança tu vais mandar para o infantil, chegou uma mulher que foi agredida ali na esquina e que sofreu um estupro tu vais mandar para o regional e lá faz os encaminhamentos é tranquilo. Quando a gente trata da violência que é crônica, se é uma violência crônica sexual com criança a gente ainda tem um fluxo um pouco mais... apesar que um caso que a gente tinha lá o CREAS levou um tempão para fazer o atendimento, então, mas as demais violências são bem difícil. Difícil conversar com essa mulher, porque ela não entende que ela está sofrendo violência, então para a gente é a parte mais difícil. Por exemplo essa gestante, ela falava que ele batia nela e ela falava que era porque ela provocava ele, por isso que ele batia nela. Assim, o esposo dela era agressor clássico: tudo o que a gente lê lá no livrinho que o agressor tem ele tinha. Clássico, né. E ela entendia aquela agressão como ciúme porque ele era muito apaixonado por ela, então essa é a parte mais difícil... a gente chegou a perguntar: teve algum momento que tu achaste que a tua vida estava em risco? e ela disse assim: “não, só uma vez que ele tentou me afogar com o travesseiro, mas não”. Eu disse não? Como não? Mulher que o marido já correu atrás com uma enxada, falando que ia cortar a cabeça dela e ela também não entendeu que aquilo era uma agressão, ela não entendeu, daí eu disse assim: tá, mas se está chegando nesse ponto, tu já tens que pensar em algumas estratégias de fuga, né? Deixar uma bolsa com cópia de documentos, uma muda de roupa para ti, para tua filha, num lugar escondido para caso tu precisares, já deixar... já pensar num lugar que tu possas se refugiar mesmo que temporariamente numa situação de perigo e daí ela olha assim para a gente e: “não, não é pra isso”. Sabe, elas não se veem naquele risco, definitivamente, elas não se veem naquele risco.

\_ E climatério, chega para ti?

\_ Bastante, muito, muito e é outro tema que assim, faz muito tempo que a gente não recebe uma atualização, não sei até se tem alguma coisa nova sobre isso,, né, mas eu acho que falta um preparo para as mulheres, muitas entendem o climatério como uma doença, que precisa tratar... hoje é um tabu tanto quanto a primeira menstruação da menina, que ninguém fala nada e de repente a menina tá sangrando, se desespera, então daí quando a menstruação começa a não vir, ou começa a ficar um fluxo irregular, elas também se desesperam, também não entendem aquele processo. Então eu acho que esse é um tema que a gente aborda muito pouco, que tem uma necessidade bem grande.

\_ e como é que foi a tua formação relacionada a saúde sexual e reprodutiva? Como tu classificaria ela?

\_ Formação graduação?

\_ isso

\_ Graduação, é... sala de aula aquele padrão de sala de aula, né, nada diferente do que eu vejo em outras instituições e agora eu tive também a felicidade de fazer um estágio numa unidade básica com uma enfermeira que tinha um olhar muito diferenciado com relação a isso, então inclusive o meu trabalho de conclusão de curso foi a assistência com mulheres profissionais do sexo, então isso também ajudou bastante e isso foi algo também que me fez ver que é uma área que precisa de muita atenção, porque a instituição não queria nem deixar, nem queria permitir que gente fizesse com esse tema. “então quem sabe vocês estudam mulheres diabéticas, e escolhem algumas profissionais do sexo?” ... Não, não quero diabetes, ou vou trabalhar com elas ou vou trabalhar outra coisa, né porque sou eu que escolho. Então fazer esse trabalho naquela unidade, com essa enfermeira que tinha um olhar diferenciado, acho que isso que fez bastante diferença para mim hoje na minha vida como enfermeira, na minha prática profissional.

\_ e o que você conhece da política municipal de saúde reprodutiva e sexual?

\_ Os protocolos (risos), que é o que a gente tem na verdade, né: protocolo de resultado de preventivo, protocolo do pré-natal, protocolo da esterilização cirúrgica, porque o município não tem uma política né e antes eu percebia que... não que era o ideal, mas a gente ainda tinha algum apoio com relação à saúde da mulher porque a gente tinha o núcleo de apoio, pelo menos a gente tinha a quem recorrer.

Hoje a gente não tem mais o núcleo de apoio, quando eu tinha uma demanda com relação a uma gestante, porque mudou, lei trabalhista, a gente teve uma reforma trabalhista, o que aconteceu com a gestante aí, né, porque eu soube até que uma gestante agora pode ser demitida do trabalho, e agora como que a gente fica, porque é uma questão que elas trazem e que é importante. E daí eu mandei um e-mail e a resposta que eu tive é: “este setor não apoia a atenção básica, dúvidas encaminhe à sua coordenadora.” Só que a minha coordenadora é uma técnica de enfermagem e ela não pode atender a essas questões, então hoje a gente não tem nenhum ponto de apoio na questão profissional, técnica, ética. A gente não tem nenhum ponto de apoio. Hoje eu me apoio em colegas que eu sei que tem, por exemplo, tem uma colega enfermeira que tem residência lá na maternidade, então quando tem alguma dúvida de gestante eu mando pra ela, ou alguma outra colega que eu sei que tem alguma especialização ou outra formação ou que tem uma vivência em determinada área e os cadernos do ministério, né... portal do DAB e eu vejo o que eu encontro lá, ou o portal da secretaria de estado, mas hoje no município a gente se vê sem suporte nenhum..

\_ e das políticas nacionais?

\_ então das políticas nacionais... Desculpa tu repetes a pergunta?

\_ Das políticas nacionais o que tu conheces, o que tu sabes a respeito...

\_ ah, das políticas nacionais eu sempre tento dar uma olhadinha..., mas a gente tem uma dificuldade que na casa da gente, a gente não consegue estudar difícil se organizar para isso e no local de trabalho se você fechar uma agenda para estudar o mundo cai, né? Então essa é uma dificuldade...mas assim, saiu um novo protocolo da saúde das mulheres agora, né, acho que ano passado ou um ano antes, eu ainda não tive tempo de ler, mas eu dei uma olhada por cima, e eu vi que algumas coisas sofreram várias atualizações... Daí quando vem alguma demanda que eu ah, meu Deus isso eu tenho dúvida, eu procuro também sempre... primeiro eu procuro no site da atenção básica, normalmente é o primeiro site que eu procuro e normalmente ali tem as informações que eu preciso. Daí quando eu não encontro lá..., mas como eu já tive uma outra vivência, que eu trabalhava com os protocolos, com a implantação das políticas do ministério, então eu tenho um pouquinho mais de familiaridade, digamos assim, eu trabalhava lá na gerência de saúde do estado e trabalhava no setor de atenção básica. Então tudo que vinha do ministério passava pela gente, então acaba tendo um pouquinho mais de familiaridade com as políticas, com os protocolos...

\_ e assim, existe na tua profissão alguma regra explícita ou não que influencie a tua conduta no dia a dia?

\_ muitas né, acho que várias. Acho que a questão ética acaba sendo a que mais pesa, né. Às vezes a gente tem um impulso de falar e: não, não, não faz isso, ou faz isso! Mas daí calam né, eu não sou a vizinha, eu sou enfermeira. Devagar com o andor que o santo é de barro, então vamos lá, vamos repensar isso tudo, vamos ver o que tecnicamente eu posso orientar, o que tecnicamente. Porque tem muita coisa que quando a mulher vem dá vontade de dizer: “Não! Mas chega em casa e faz isso, isso e isso. Então situações, agora recentemente de chegar a mulher que veio para o preventivo e dizer: várias vezes no preventivo: eu quero consulta médica, eu quero consulta médica. Tá mais por que? “Ah eu preciso renovar a receita, porque daí a gente vai investigando um pouquinho mais... é uma mulher que acorda às 5 da manhã, vai lá arruma os filhos, manda pra escola, daí tem um comércio próprio com o marido, mas é ela que toca... então trabalha o dia inteiro, chega em casa, lava a louça, faz a janta pra família, vai dormir às 11 horas da noite pra no outro dia 5 da manhã acordar de novo, num relacionamento de 20 anos que há 10 já dormem em quartos separados, e que ela tem distanciamento tanto emocional quanto geográfico da família dela, a sogra mora na casa do lado e a cunhada na outra casa do outro lado... só que ela não se relaciona bem nem com o esposo, nem com a família do esposo... então ela não fala com mais ninguém ali e ela quer consulta médica... palavras dela: “pra me entupir de remédio, pra ver se eu mudo, pra ver se eu deixo de ser chata, porque eles falam que eu sou chata, pra ver se eu esqueço isso que eu estou passando”... Daí aquele momento que tu diz assim, né: você é enfermeira ou você é vizinha? (risos). Daí tu lembra lá do código de ética: não. Eu tenho que ser enfermeira, mas tem situações que é o código de ética que te segura mesmo, porque dá vontade de pegar e dizer: “não!”, chacoalhar o braço e falar: isso não é assim que funciona. Então tem várias situações que com certeza o exercício profissional puxa a gente assim.

\_ e disso tudo que a gente falou, existe algum outro aspecto que tu consideras importante e que não foi mencionado aqui?

\_ Deixa eu lembrar... não acho que tudo foi mencionado assim, sabe... particularmente eu acho que a gente dá pouca ênfase pra questão sexual em si, essa questão da saúde sexual mesmo, acho que as pessoas elas meio que jogam pra debaixo do tapete, fazem de conta que isso não interfere na saúde, que isso não interfere na vida, mas assim boa parte, uma grande parte das mulheres que eu atendo, que eu faço preventivo, que fazem uso de antidepressivos, pode ser coincidência ou não, pode ser efeito do antidepressivo nessa questão ou essa questão estar relacionada à depressão, não sei, né,

mas boa parte delas tem muita dificuldade na vida sexual, daí se reflete no relacionamento, que se reflete... eu já tive até situações da mulher chegar primeiro com uma queixa de falta de libido, daí quando começa a conversar, quando começa a investigar, daí ela acaba contando que ela não conta pra ninguém, porque ela tem vergonha, porque o filho se assumiu homossexual, foi morar em outra cidade com o namorado e quando ela deita na cama com o marido é do filho que ela lembra, que o filho está tendo relação com o companheiro e aquilo bloqueia ela e ela não consegue mais e ela estava tendo dificuldade no relacionamento e ela veio pedir remédio para depressão. Então assim, eu acho que a gente aborda pouco isso e daí assim, daí agora recentemente a gente teve uma mudança de rotinas na secretaria e a consulta do enfermeiro tem que durar no máximo 20 minutos..., mas cara, em 20 minutos eu não consigo fazer isso, é impossível fazer isso. Então assim: respeito muito a minha coordenadora, ela está no papel dela, eu entendo, né, mas daí ela me questiona: “mas porque que tu precisas... tu precisas de 20 minutos pra coletar o preventivo?” e eu digo: não! Para coletar o preventivo eu não preciso de 20 minutos, inclusive nem precisa ser eu... eu posso treinar meu técnico, porque o Coren permite isso, eu agendo 30 preventivos no dia, meus técnicos coletam... não tenho pruridos com isso, de procedimento é meu. Agora, eu não coeto preventivo, eu faço consulta de saúde da mulher, e isso leva mais de 20 minutos. “Ah, mas a secretaria vai mudar e tem que aceitar”. Está bom, eu aceito, pode agendar uma a cada 20 minutos, eu vou continuar fazendo consulta de saúde da mulher, daí você entrega a chave para alguém ficar até as 8 da noite comigo (risos). Eu não vou mudar a qualidade da minha consulta, a menos que a secretaria me mande um memorando dizendo que enfermeiro não faz mais consulta, que ele só tem que coletar preventivo, daí eu faço um mutirão aí umas 2 vezes por semana, coeto 50 preventivos e está tudo certo. Mas daí você leva para a secretaria e pergunta lá: o que que é para eu fazer? Se é para coletar preventivo ou é para fazer a consulta de saúde da mulher, porque até aqui o protocolo dizia que eu faço consulta de saúde da mulher. E daí ela fica assim... “ah então eu vou levar pra lá pra gente discutir” e eu disse leva, para você discutir! (risos)

#### Entrevista 060418E04

\_ Tu poderias me descrever de uma maneira mais detalhada e abrangente possível a tua atuação em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

\_ prática em relação, você quer saber sobre grupos...

\_ o que for da tua prática, tudo o que você fizer.

\_ aqui na unidade a gente não tem grupos de saúde sexual e reprodutiva, a gente faz, palestras nas escolas. Até o ano passado a gente chamou o pessoal da Univille, o médico aqui tem o conhecimento, a mulher dele também faz faculdade de medicina, então, conheceu o pessoal lá na Univille... esse pessoal é responsável por fazer palestras nas escolas, mas eu já fiz muitas palestras nas escolas também... eu estou há 22 anos na prefeitura, então a gente já fez vários trabalhos educativos nas escolas sobre sexualidade, reprodução, DST. Então já passei inúmeros outras unidades e a gente sempre está fazendo a parte de educação nas escolas e a gente tem até o PSE, que é o programa de saúde na escola... nós temos aqui nessa unidade... e a gente sempre está fazendo. Às vezes a escola mesmo pede, o diretor né, entra em contato com a gente e solicita que sejam feitas palestras de determinados assuntos e a gente acaba indo fazer. A gente não tem grupo no posto sobre isso. A gente tem os preventivos, que a gente acaba falando muito sobre sexualidade e as mulheres reclamam muito sobre a libido e a gente nessa abordagem das pacientes do preventivo têm muitas histórias sobre saúde sexual e a gente acaba entrando muito nesse lado, não fica só no preventivo. E a gente fez muito curso. A secretaria sempre, de vez em quando fornece cursos, capacitação e é o que a gente tem.

\_ E esses grupos na escola, quando vocês começaram, foi uma demanda percebida por vocês ou da comunidade?

\_ aqui a gente não tem muita gestação na adolescência. Isso não é algo que a gente tem que bater muito em cima, diferente de outros postos de saúde, principalmente postos grandes que tem. Geralmente a gente planeja durante o ano e algumas vezes a escola também pede... e pede de outros assuntos também, mas a saúde sexual sempre.

\_ e quando vocês fazem essas ações, quais as estratégias que vocês usam para trabalhar esses temas?

\_ a gente faz questionamento das dúvidas deles, através de perguntas num papelzinho e a gente vai respondendo, a gente passa um Datashow, algumas coisas específicas do tema. Mas o interessante é você tirar as dúvidas, saber quais são as dúvidas deles. Esse geralmente é o foco

\_ e as dúvidas giram em torno do que?

\_ camisinha, se engravida na primeira relação, se não tiver penetração engravida... E geralmente são os adolescentes de oitava... então essas são as dúvidas deles

\_ e a tua experiência com relação a consulta dos preventivos?

\_ como eu falei no começo: geralmente não fica só focalizado na coleta do preventivo, no exame especular... geralmente a gente faz uma conversa com a paciente... geralmente a gente pergunta se tem dor na relação e daí já surgem várias questões. Muitas têm dor na relação, outras não tem o interesse sexual pelo marido, pelo namorado e a gente sempre dá uma de psicólogo, né? Mas em todas as consultas de preventivo surgem questões relacionadas a relação sexual, à libido, ao orgasmo. É muito amplo mesmo.

\_ com relação ao planejamento familiar, como é a tua vivência?

\_ a gente... planejamento familiar aqui no posto e urgência, para a gente aqui do posto. Não tem demanda reprimida.... a paciente chega e “eu quero tomar comprimido”. Geralmente eu passo pro médico, que faz a receita e já orienta... faço teste de gravidez primeiro, pra ver se está tudo certinho..., mas não fica: ah, tem que esperar vir a menstruação, tem que menstruar primeiro... a gente já tenta resolver no dia porque sabe que isso pode gerar uma gravidez, uma complicação com relação a essa paciente. Então, pra nós é prioridade

\_ na tua experiência, o que é mais procurado aqui?

\_ ah, o comprimido e agora de um tempo para cá que elas descobriram a injeção, que tem a mensal e a trimestral, elas têm vindo procurar muito também o injetável.

\_ e tu sabes assim... que tipo de critério vocês usam para a escolha mesmo do método

\_ a gente pergunta para ela qual método que ela gostaria de usar. A gente mostra que tem o comprimido, tem o injetável, o trimestral, a camisinha... muitas delas falam que têm problema de esquecimento... então tu não vais dar o comprimido porque sabe que ela vai esquecer, né. Então o médico escolhe o que? Uma coisa que seja mais prática, um injetável, que é, se a paciente tem as condições que ele avalia, né, porque ele é médico, né e daí prescreve um injetável para evitar o esquecimento e com isso uma gravidez.

\_ existe procura por outros métodos, também?

\_ não, é muito pouco. Camisinha feminina a gente tem na unidade, mas fica aí, chega quase a vencer porque as mulheres ainda não têm muita informação sobre isso e elas não gostam. Tem a tabelinha, tem o... algumas delas fazem a tabelinha, mas fazem errado... quando vem no preventivo mesmo a gente pergunta: qual método você está usando? “ah, eu uso a tabelinha”, mas elas não estão usando... ou então se baseiam no muco, daí também a gente tem que entrar um pouquinho mais a fundo pra explicar pra ela, que tem que ser bem certinho mesmo, senão não é seguro. Mas geralmente é comprimido, injetável e a camisinha.

\_ e o DIU, tem procura aqui?

\_ tem uma procura, mas não é grande não... tem umas ou outras que também no preventivo falam: “a (nome da entrevistada), eu gostaria de colocar o DIU. Daí a gente faz todo o acompanhamento, faz o preventivo já para ficar com o preventivo em dia para o ginecologista da nossa regional e lá ele vai avaliar a possibilidade de colocar o DIU.

\_ e como tu percebe esse encaminhamento, essa rede? Você percebe ela fácil, você sente o apoio dessa rede?

\_ É. Na nossa regional aqui a gente tem um apoio legal, não tem do que reclamar. Não tem demorado muito para essa paciente consultar o especialista e eu acho que flui legal.

\_ e geralmente o pedido é dela? A demanda é dela?

\_ sim, geralmente sim.

\_ existe uma demanda para esterilização?

\_ para a vasectomia, sim. De laqueadura a gente sabe que é muito difícil de conseguir, então a gente nem oferece. Eu pessoalmente nem ofereço porque sei que a paciente vai ficar na fila por muito tempo e dificilmente vai conseguir. Já tive paciente com 6 filhos que não conseguiu. Então a gente oferece o que é mais fácil e mais rápido, que é a vasectomia, essa não tem demanda reprimida. A gente não faz grupo de vasectomia. Se o paciente chegou, quer fazer, a gente conversa, orienta, entrega a documentação, passa pela consulta médica e a gente encaminha, para não ficar esperando muito também. Então a gente não tem ninguém esperando para a vasectomia, todos que vieram já foram encaminhados, já fizeram a cirurgia porque 2 meses é o máximo que eles esperam, porque tem o prazo formal que dos 60 dias, e em seguida já estão chamando. Não tem espera.

\_ e qual é o paciente que mais te procura para o planejamento reprodutivo?

\_ são as mulheres ainda. Os homens vêm orientados pelas mulheres. Às vezes já tem vários filhos e não quer mais, às vezes ela tem algum problema, uma hipertensão, alguma coisa assim. Mas, tem sido as mulheres, ainda

\_ vocês recebem essa queixa de sobrecarga em relação a isso das mulheres?

\_ como assim?

\_ sobrecarregadas por terem que carregar sozinhas a responsabilidade da contracepção?



\_sim, tem muitas mulheres que reclamam, daí eu oriento sobre a vasectomia para a mulher porque ela quer um método e elas dizem: “ah, meu marido não vai aceitar”, “meu marido acha que vai deixar de ser homem por causa disso” ... é o machismo, né? Que hoje em dia ainda impera muito e eles se negam veementemente. Teve um caso um dia que a mulher falou pro marido “vai lá que o pessoal do posto quer falar com você”, mas não falou para que que era. Quando ele chegou aqui e eu comecei a explicar sobre a vasectomia, porque eu imaginei que tivesse sido para isso que ele tivesse vindo... Daí o que aconteceu: “tá, mas eu não quero fazer a vasectomia”. Daí eu falei: tá, mas então por que o senhor está aqui? “porque minha mulher mandou! Minha mulher mandou porque vocês gostariam de falar comigo”. Eu conversei, mesmo assim ele foi irredutível. “Mas eu não quero fazer vasectomia”. Vai-se fazer o quê! E desses aí tem muitos. Mesmo sabendo que o anticoncepcional para uma certa idade, tem mulheres que fumam e tudo e faz mal... então mesmo assim eles se negam.

\_ tu lembras de algum caso que tenha te marcado com relação à saúde sexual e reprodutiva? Algum caso que tenha mexido contigo?

\_não em especial não tenho, que eu tenha lembrança, nada. Tem esse caso aí que eu estava explicando toda empolgada para ele, mostrando foto no computador e tudo e ele olhou para mim e disse assim: “mas eu não quero fazer!”.

\_ você já esteve em alguma situação que envolvesse infertilidade?

\_ já! No preventivo tem muito. Eu pergunto: teve filho? E elas não, mas estou tentando, há um ano, 2 anos, 3 anos. Daí a gente acaba orientando ela e encaminha a um ginecologista para fazer a investigação, porque a partir de 1 ano tentando a indicação é procurar um especialista. E a gente até encaminha. E tem várias mulheres que com 35, 40 anos, nunca tiveram filhos por escolha própria: mas você nunca quis ter filhos? “não, eu e meu marido conversamos e a gente decidiu que não queremos.” Então... escolha de cada um né?

\_ e como é que tu percebes esse encaminhamento, essa rede em relação à infertilidade?

\_ eu nunca encaminhei para especialista de infertilidade, só para ginecologista, mas eu sei que parece que na maternidade existe um programa sobre isso. Também não sei te dizer se é fácil ou se não é fácil de acesso, porque eu nunca encaminhei ninguém. Eu encaminho para o gineco e elas não voltam com a mesma queixa, daí eu não saberia te dizer o fluxo, como é. Se é bom, se não é

\_ você já esteve relacionada a alguma situação que envolvesse aborto? Espontâneo ou não?

\_envolvida, não, mas geralmente a gente pega pacientes com história de abortos anteriores, de abortos, de nascidos mortos, de uma gestação totalmente normal e quando chegou no final, deu uma intercorrência e o bebe acabou falecendo. Tivemos até um caso bem sério ano passado que a mulher teve um bebezinho de 4 kg e pouco e quando foram procurar a maternidade o bebezinho estava em óbito. Às vezes choca bastante, né? Você vê a gente tem uma gravidez inteira tranquila e no final, quando está para sair o bebezinho... tanto para a família, e eu nem imagino a dor que eles sintam, mas para a gente também como profissional de saúde.

\_ você já esteve em uma situação que a paciente demandou isso? Que ela queria fazer o aborto ou que já tenha provocado?

\_ não, que ela tenha falado diretamente para mim, não. A gente sabe de algumas histórias, mas isso é boca a boca, não tenho com afirmar, né..., mas para mim nesses 22 anos de trabalho, não.

\_ e alguma vez você já parou para pensar se isso tivesse acontecido? Como seria contigo? Como você lidaria com isso?

\_ ah eu ia lidar com o jeito da minha consciência, né, e ia fazer de todas as formas para tirar isso da cabeça dela para que tivesse um desfecho bom, levar até o final da gravidez, mas.... porque não é a minha, como é que se diz, não é... o que eu penso seria manter a gravidez.

\_como é a tua vivência com relação a DST e HIV aqui na tua prática?

\_é, agora a gente tem uma vivência um pouco mais próxima disso depois que implantaram os testes rápidos, porque até lá era assim: eles faziam os testes lá no CTA e em outros locais e dificilmente a gente via os resultados. Aqui eu já peguei 1 teste de HIV positivo e eu acho que o homem já sabia que ele tinha, porque na fala que eu tive com ele indicava que ela já sabia, então não foi nada assim muito catastrófico, deu para lidar bem. E eu tive 1 ou 2 casos de sífilis também. Não tenho tanta demanda no sentido de DST mesmo... agora com relação a tricomoníase, Gardnerella essas coisas, essas vaginoses repetitivas, que às vezes dá todos os anos a gente tem mais casos... DST mesmo com HIV, sífilis, hepatite a gente tem muito pouco caso

\_ e quando você tem, como você percebe esse encaminhamento, como você percebe a rede?

\_ gente manda para a Unidade Sanitária, eles vão repetir os exames e vão dar continuidade se for positivo mesmo ao tratamento. Nós temos pacientes com HIV, mas que foram diagnosticados mesmo antes do posto abrir. Então a nossa relação com eles é tranquila.

\_ e eles procuram a unidade pra orientações em relação a isso?

\_ não, eles procuram mais para a base da saúde básica mesmo. Esses outros problemas eles tratam na unidade sanitária.

\_ como é a tua vivência com relação ao pré-natal?

\_ eu gosto de fazer o pré-natal... eu acho, sempre fiz, porque desde que eu me formei eu trabalho no programa de saúde da família, então sempre teve essa linha de intercalar com o médico, gosto e me dou bem no pré-natal

\_ você acha que o acesso ao que precisa para o pré-natal, como tem sido atualmente?

\_ O pré-natal aqui no Sul e mais especificamente aqui em Joinville, eu acho que é um pré-natal bem amplo, elas conseguem os exames a maioria dos exames que é preciso... tem isso do ultrassom que elas conseguem um só, mas se necessário talvez consiga mais, Eu acho que acesso é bem bom, a gente não tem demanda reprimida, a paciente chega... ela só não vem se não quer...tem a falha da falta de agente comunitária, para identificar alguns casos assim, tem aquela que é mais desleixada, não procura a tempo, quando vem já está no segundo trimestre ou mais ainda... e a gente tem falta de agente comunitária aqui. Alguns casos que são raros chegam em estágio avançado da gravidez, mas é a minoria.

\_ e o puerpério, como é a vivência de vocês no puerpério?

\_ no puerpério a gente acaba tratando a mãe junto com o bebe. Na primeira consulta do bebê, daí a gente conversa com a mãe, pergunta como é que foi o parto ... Ah não primeiro é na visita que a gente faz da carinha! Que quando vem o relatório de nascido vivo, a gente vai na casa, faz a visita, daí já conversa com a mãe... não tem um exame detalhado, mas daí já conversa né? E depois na primeira consulta do bebe o médico conversa, já entra com o anticoncepcional, vê qual o método que ela pode ou queira usar. É tranquilo. Não temos... olha só para dizer que teve alguma intercorrência no puerpério, não... é muito raro.

\_ e elas procuram a anticoncepção no puerpério...

\_ sim na primeira consulta do bebe, daí o médico já prescreve e orienta que dali a 2 ou 3 semanas é que ela vai poder tomar, mas é bem precoce.

\_ e a tua vivência com adolescentes, com relação a saúde sexual e reprodutiva?

\_ realmente não tenho muita vivência porque a gente não tem grupos de adolescência a única vivência é nas escolas, através das palestras que a gente faz, ou quando a mãe traz a criança, o adolescente para a consulta e abre alguma coisa, às vezes a mãe vem procurar um psicólogo para o filho.... essa é a grande vivência.

\_ já teve alguma situação com homossexual?

\_ ah, já! Tem o teste rápido que vieram fazer e ficaram apavorados, porque andou se descuidando e volta meia, vem. Mas é tranquilo, eles são bem-queridos, respeitosos... A maioria que a gente atende aqui, nunca tive nenhum problema quanto a isso.

\_ você já teve alguma situação que envolvesse violência? Tanta violência de gênero, violência sexual, aqui na tua prática.

\_ não, aqui não, mas já tive durante a minha vida profissional, até no (outro posto).

\_ E como foi essa tua experiência?

\_ foi uma adolescente de 12 anos que os vizinhos vieram dizendo que ela estava muito barriguda, que a barriga dela estava crescendo demais... daí pediram que a gente fosse intervir, que a gente fosse investigar. Daí chamei a mãe para conversar e ela trouxe a filha. Daí eu disse: tá mãezinha, mas ela está com a barriga tão grandinha... “não, não, ela tá com vermes”, vamos... posso colocar na mesa para dar uma examinada? “pode”. Ela deitou lá, eu botei o sonar e lá estava o BCF do bebezinho! estava grávida, era do padrasto, o abuso aconteceu dentro de casa e daí a gente acionou o conselho tutelar e tudo... ele foi preso.

\_ e tu percebeu essa rede assim, funcionou, foi rápido?

\_ foi bem ruim, principalmente para mim. Porque eles me chamaram como testemunha, eu tive que ir depor lá no fórum e o cara estava lá já algemado e tudo e eu tive que ir lá sozinha, com a cara e a coragem, porque a instituição não deu apoio nenhum. Então eu sempre penso agora: se acontecesse novamente, claro que eu não vou deixar de denunciar, mas eu não vou me expor tanto, porque como a instituição não me deu respaldo nenhum e isso serve para todos os profissionais, eu acho que tem que se resguardar. Essa cena que aconteceu foi bem ruim.

\_ como foi a tua formação relacionada à saúde sexual e reprodutiva?

\_ a gente sabe que a formação acadêmica é muito superficial, a gente aprende é no dia-a-dia mesmo. Eu tive o básico. Saúde pública a gente tem muito pouco... isso há 20 e poucos anos atrás, era pior ainda do que é hoje. Hoje a gente vê os acadêmicos de enfermagem indo bem cedo para as unidades de saúde. Antes, antigamente era muito diferente. No meu tempo a convivência era bem menor. Então o que eu aprendi foi da prática mesmo, porque na formação acadêmica, não.

\_ O que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva? Ou alguma diretriz municipal.

\_ um tempo atrás, eles queriam implantar alguma coisa com os adolescentes, mas eu não sei muito bem sobre isso não. A gente até recebeu umas carteirinhas de adolescente, que era para entregar para os adolescentes, que era para ter grupo com os adolescentes..., mas, como eu não tenho muito..., não tenho prática nisso e também não deram nenhum treinamento, então eu não me senti muito confortável em fazer grupo e adolescente.... realmente eu não tenho essa...

\_ para outros grupos você também não recebeu orientação, para outras faixas etárias?

\_pré-natal, diabetes e hipertensão a gente até protocolo. Mas de adolescente eu nunca me senti muito confortável.

\_e da política nacional relacionada à saúde sexual e reprodutiva, o que você conhece/

\_ nacional até chega... tem os cadernos do ministério da saúde, mas realmente a gente acaba não lendo... tem um monte dentro do armário... e a gente acaba, não sei se por falta de tempo. Porque a gente fica o dia todo aqui. Depois daqui a gente tem uma vida particular, né, que também às vezes é bem corrida. Então, eu não li.

\_existe alguma regra na tua profissão que dite a tua maneira de trabalhar com esse assunto? Alguma regra explícita ou, não, aqueles combinados que são combinados que não são ditos, mas que se formou como um código

\_ não

\_ e a tua vivência com relação ao preventivo? Como é o rastreio para os cânceres na tua prática?

\_ isso é meio complicado... o protocolo diz que é para fazer dois anos seguidos, depois de dois normais, de 3 em 3 anos. As pacientes ficam meio receosas disso, porque elas querem fazer todo ano e às vezes eu me sinto mal de ter que falar para ela: não agora é 3 em 3 anos pelo protocolo e a mamografia também, de 2 em 2 anos, não passa se a gente pedir antes. Mas em relação ao procedimento, isso é tranquilo, mais é a burocracia do sistema. E agora, do ano passado para cá é que eu comecei a orientar elas que é a cada 2 anos a mamografia e a cada 3 anos o preventivo, a não ser que tenha algum risco ou alguma outra coisa, que daí se faz todo ano.

\_ e tu percebeu que elas ...

\_ elas querem mais, elas querem fazer todo ano. Daí elas questionam: "e daí (nome da entrevistada), não faz mal? Não tem perigo nestes 3 anos?" e eu digo: cara é pesquisa que eles fazem e colocam o protocolo. A gente tenta explicar de um jeito que elas possam entender, mas realmente elas não aceitam, elas querem todo ano.

\_Tu tens procura com relação ao climatério?

\_ tem, mas tem poucas e quando tem a gente encaminha para o ginecologista.

\_ e quais são as queixas mais comuns?

\_ calorão, dor de cabeça, mais é o fogacho mesmo e a cefaleia...

\_ e esse encaminhamento, é fácil?

\_ sim, é fácil. É como os outros, não tem ficado muito tempo na fila de espera, nem sei te dizer agora, porque eu mando para a recepção e a recepção é que agenda., mas não tem passado de um mês.

Então é mais tranquilo

\_ existe algum outro aspecto que não tenha sido abordado na nossa conversa e que tu consideras importante?

\_não... não lembro.

Entrevista 060418M04

\_ você poderia me descrever de maneira mais ampla e detalhada a tua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

\_na saúde sexual e reprodutiva na verdade a gente atende na demanda, não tem nenhum grupo e a gente não tem participações relacionadas a grupo direcionadas para isso nem em escola a gente aborda isso de saúde sexual. Então é quando o usuário vem até a unidade e se queixa em relação a isso, dentro do aspecto da atividade sexual, como a anorgasmia, infertilidade, essas questões que costumam aparecer, é mais na demanda aqui na prática de segunda à quinta ou às vezes em consulta de retorno de exame que às vezes nem é relacionada a isso e eles às vezes se queixam dessa questão sobre a saúde sexual. A reprodutiva eu confesso que nunca cheguei a abordar muito, mais na parte sexual mesmo.

\_ no teu atendimento individual mesmo nessas questões sexuais, o que mais te aparece? São poucos, mas o que te aparece?

\_ Anorgasmia, disparado e não é só em mulheres idosas, aparece em meninas jovens eu vejo que é uma coisa bem frequente. Questão de infertilidade apareceram 3 casos, uma, um casal infértil que chegou referindo que estavam tentando há mais de 1 ano sem conseguir engravidar, então foram pedidos os exames para o casal para a investigação. Uma delas não quis fazer a investigação e depois engravidou e veio fazer o pré-natal, outra não fez os exames e outra se mudou. Eu estou desde agosto de 2016 e até agora, maio/2018, foram só 3 casos de infertilidade que eu fiz exame aqui e foi só.

Nenhum deles deu para eu continuar aqui. E teve 1 caso de transexual, um menino que usa nome social de menina, está na fila para a mudança e veio para a consulta pra hormonioterapia. Como eu não tenho muito conhecimento técnico e tinha queixa de galactorreia, eu encaminhei pra (nome da ginecologista), porque a gente tem acesso assim com mais agilidade. Mas a questão da anorgasmia eu não consigo nem te dizer a quantidade para ter noção assim. Muitos assim vem no preventivo e a (nome da enfermeira) vem para discutir o caso e se a gente vê que realmente está interferindo na psique da paciente a gente acaba encaminhando... eu encaixo para encaminhar ou para psicólogo. A gente já discutiu o tema com a (nome de psicóloga) e a (nome da psicóloga) já nos ensinou como abordar, como conversar, porque daí ela já tem essa experiência melhor e se a gente não consegue manejar no retorno: e aí, está conseguindo fazer aquilo que a gente falou, assim... com a prática sexual da maneira que a (nome da psicóloga) explicou, que é como se fosse um início de namoro, se tocando, ou tocando as mãos e aí sim vai partindo né pra essa proximidade. A gente vai abordando essa questão de um trocar carinho com o outro com os gestos, demonstrar aquele amor e também um certo marketing pessoal tipo: olha eu fiz isso pra você, pra pessoa perceber que tu estás mostrando esse carinho e aí sim, se a pessoa diz que não está dando, daí a gente resolve encaminhar pro profissional mesmo que é a psicóloga. Às vezes a gente já leva o caso pra (nome de psicóloga), já discute, ela já anota, embora a gente entrega o encaminhamento em mãos. Embora seja livre para ir ao psicólogo a gente entrega os horários também. Mas assim se você me perguntar se vocês acompanham, vocês têm essa lista, vocês conseguem ver... não, ele às vezes se perde ali no meio das outras, se ele não quiser voltar, se eu não souber. Na verdade, o retorno dele é ele que nos retorna, se ele quiser consulta comigo ou com a (nome da enfermeira) ele dá o retorno de como está indo, mas nunca é para isso especificamente: vou marcar um retorno para isso, não tem essa... por conta da frequência de demanda de outras coisas, retorno de mapa, renovação de receita. Então é fácil ele abandonar o tratamento porque eu não consegui buscar ele. Te confesso que não é uma atenção direcionada, não é.

\_ como é que é a tua prática relacionada à contracepção, ao planejamento familiar e reprodutivo, como é que você percebe?

\_ ÉE, tanto chega para mim quanto pra (nome da enfermeira), às vezes eu faço sozinha, ou ela, às vezes acompanhada... às vezes adolescente, pré-adolescente e ...ou querer saber como que funciona. Geralmente é em demanda que a gente aborda, na demanda espontânea que a gente fala, né, acolhimento é o dia todo, mas é no agendamento que eu já faço no dia de segunda à quinta. Elas vêm acompanhada da mãe, mas a gente não aborda isso na escola, porque nossa escola é até o 5º ano... esse ano parece que a gente vai ajudar o (nome de outra unidade) na outra escola, mas na parte de odonto. Então não tem uma divulgação disso. Então elas vêm e às vezes a (nome da enfermeira) me chama e a gente faz junto, aborda já questão das doenças sexualmente transmissíveis porque às vezes a porta do anticoncepcional traz não usarem para a prevenção a camisinha, o códon, essa questão eles pensam mais para não engravidar e não pra DST. Então a gente aborda essa questão com a mãe. A gente expõe os métodos contraceptivos e eu explico todos os que existem e sempre a pergunta é: "qual o melhor pra mim, doutora?". Às vezes a gente vai conversando junto, eu vou conversando pelas contraindicações, o que ela tem, o que dá para entrar... daí a gente entra e eu sempre dou feedback, se tiver qualquer coisa, se tiver sangramento, volta aqui, se tiver algum sintoma, se tiver perda de libido. A maioria eu consegui um papo bem aberto em relação à mãe estar presente. Mas a gente não consegue divulgar, a gente não consegue trazer. Até uma coisa que é interessante é a pílula do dia seguinte, que a (nome da enfermeira) e eu estou aqui nesse tempo de agosto (2016) até hoje, eu não sei se as meninas deram, mas que eu vi prescrever foi uma caixa, que uma vez veio uma paciente pedindo e a (nome da enfermeira) prescreveu, porque eu nunca prescrevi a pílula do dia seguinte, então eu não sei nem se elas sabem que tem pílula do dia seguinte na unidade e é uma coisa assim que fica até, que eu não sei se não dá pra divulgar, ao mesmo tempo tem pílula do dia seguinte, mas, falta o conhecimento, eu não sei nem te dizer como a gente abordaria isso pra elas conhecerem, pra elas poderem vir buscar no posto. Porque as vezes elas vão na farmácia, compra, e aí Às vezes o farmacêutico só vende e elas não tem esse conhecimento e a gente poderia sentar, explicar a pílula do dia seguinte: olha vou te explicar ..., você não quer entrar com o método contraceptivo? ver se já está... toda essa questão: teu preventivo está atual? Pegar essa menina e já fazer um teste de gravidez, se precisar e é uma coisa que eu vejo que não tem alta incidência, que não tem o pedido, que não vem... E assim, então a parte de reprodução eu pego na demanda mesmo e a gente aborda junto, conversando...

\_ e dos métodos escolhidos, quais são os da tua prática que são mais escolhidos?

\_ O oral e o injetável e nas puérperas, DIU. Se tu falares na adolescente, eu tenho uma certa preferência por injetável, porque eles acabam não tendo a responsabilidade de tomar, mas eu não faço, eu não forço o paciente a escolher aquilo ali. Eu sempre ponho o benefício e os malefícios de cada um, as contraindicações de cada um, o que a Medroxiprogesterona causa, o que ela é indicada, pra que ela é

melhor, que está causando amenorreia usada mais de 1 ano... eu explico cada um e eu deixo à vontade: olha eu acho bom pra você, mas você tem a liberdade de escolher esse, esse, esse. O que você acha, você tem a responsabilidade para tomar, tu consegues tomar o comprimido todo dia, fazer pausa de 7 dias, pego o calendário, mostro: você está entendendo? ... Ah não entendeu, vamos de novo, tomar... pausar... "Ah doutora, não vou conseguir..." Então você não acha melhor tomar um injetável, que eles tem um certo: "Ah, injetável...", mas eles têm uma boa aceitação e quando eu pego o retorno de puérpera que elas sempre pedem o contraceptivo, eu sempre ofereço a noretisterona, minipílula, né, o injetável trimestral, ou o DIU de cobre que tem no SUS. São as 3 opções que eu dou e geralmente o que elas mais querem é a medroxi, e o injetável... eu tenho pegado bastante que tem pedido injetável. A Noretisterona, que é a minipílula, algumas pegam outras dizem que não vão, vão mais na injetável eu acho porque elas se sentem mais seguras de: "ah tomei, então agora..." a outra tem que tomar todo dia contínuo e elas têm medo de esquecer. E eu explico que se esquecer tem baixa eficácia, tem que ter amamentação exclusiva, então como tem todas essas minúcias, então elas já falam: ah, então eu vou na trimestral. Ou quando a mãe tem muitas contraindicações, muitas comorbidades a gente fala: ah, que tal um DIU de cobre? Explico muitas vezes tem aquele preconceito, não tem o conhecimento, eu vejo que é tem muito, principalmente à DIU, tem aquele preconceito, às vezes isso é uma coisa importante, porque não é abordado, não é explicado, mas...

\_ E esse encaminhamento para o DIU, como é que tu percebes?

\_ está demorando no sentido que eu solicito um ultrassom transvaginal para ver a forma do útero e já oriento para agendar um preventivo com a (nome da enfermeira), juntar os dois exames e marcar o mais precocemente para encaminhar ao ginecologista para colocar o DIU. É o que eu tenho feito de conduta. Quando eu vou pedir o ultrassom transvaginal, geralmente a mãe, eu digo mãe porque geralmente é puérpera, elas estão fazendo por um desejo de (anticoncepção) daí esse ultrassom está demorando, porque não tem uma prioridade com relação aos ultrassons de pacientes sintomáticos e realmente eu descrevo a verdade, o paciente quer e eu estou pedindo um ultrassom pra colocar um DIU, pra ver se está tudo certo, pra ver se não tem nenhuma malformação uterina, um útero didelfo, e o preventivo pra ver se não tem nenhuma DIP (doença inflamatória pélvica) pra encaminhar tudo certinho. E aí sim esse está demorando na fila, está demorando pra chamar porque pra anticoncepção não tem emergência.

\_ E você tem procura com relação à esterilização, tanto masculina quanto feminina?

- A (nome da enfermeira). Essa parte cai mais com a enfermeira, as meninas já estão orientadas em ... as que referem queixa disso, a maioria vem... as puérperas e geralmente são as puérperas. Não vem assim na demanda, não, não vem. Geralmente são as puérperas e as gestantes que não querem ter mais filhos, que elas relatam: "Ah doutora, esse é meu último filho, como é que eu faço pra conseguir a laqueadura..." aí pelo que agora, pelo protocolo da secretaria eles não estão fazendo, eu fiquei sabendo que eles não estão fazendo, eu tenho o conhecimento que eles não estão fazendo não sei se isso é o município ou o estado... Eu sei que estão fazendo só a vasectomia. Tem tido boa aceitação assim pelo que a gente conversa, tem vindo bastante, mas quem consegue dizer melhor é a enfermeira, porque é ela que aborda e acaba nem passando comigo, mas eu ofereço as opções, eu falo que tem a opção para o homem a vasectomia, para ela o DIU de cobre, ou outros métodos contraceptivos. Do DIU eu falo da durabilidade, o fato de não ter hormônio... isso eu falo nas consultas de pré-natal ou na de puerpério, eu dou essa orientação. Deixo livre para elas escolherem. Às vezes elas querem dar entrada nos dois processos: "ah não, eu quero o que sai mais rápido, então vai dando a entrada pro DIU, que eu vou marcar pro meu marido vir fazer a consulta pra fazer". Quando elas vão ali na frente para saber, a menina da recepção está bem orientada o que precisa trazer de documento para a vasectomia. A (nome da enfermeira) já deixou a menina da recepção tudo que precisa, daí a (nome da enfermeira) dá toda a orientação, a explicação.... ela tem todos os números exatos.

\_ não vem contigo?

\_ não vai direto para ela e eu só abordo a questão de conversar com a paciente. Geralmente é a mulher que vem falar, é difícil que o homem aborde esse assunto. Teve um casal só que vinha junto com a gestante e ele falou que eles não queriam mais, ele falava mais, ele parecia estar mais preocupado. Daí ele falou... ELE falou, no geral é ela que vem e ela que vai atrás, é ela que comunica o marido e ela é que traz para a unidade. Em geral é a mulher, mas eu não tenho muita rejeição.

\_ Tu tens muita procura com relação a DSTs e HIV? Como está a tua prática?

\_ a gente tem incentivado bastante o teste rápido. Todo dia no acolhimento ali na frente a gente lê as orientações básicas da unidade. A gente sempre fala do teste rápido, sempre pegou... a (nome da enfermeira) fez um preventivo, pegou, uma tricomoníase, que é uma DST, já orienta de vir o parceiro nessa de vir parceiro acaba fazendo todos os testes, acaba aparecendo às vezes sífilis... Penicilina Benzatina toda semana... por ser DST pega parceiro, sempre tem que pegar parceiro, o mais difícil é pegar parceiro.... A paciente vem, trata, mas o parceiro a gente faz a receita, tem que ficar convocando.

Às vezes vem, faz uma dose e depois não faz mais, porque daí tem que tratar o parceiro igual tratou a paciente. Eu peguei mais casos de sífilis e tricomoníase em relação a hepatite B, hepatite C e HIV. Peguei HIV, a gente pegou... a gente fez novembro azul, com mais ou menos 20 pessoas e a gente oferta, em todo novembro azul a gente oferta teste rápido para os homens porque os homens é o mais difícil de segurar na unidade, né. O homem idoso vem mais, mas a gente tenta ofertar, até explica para as ACS, o que a unidade oferece é o marketing da unidade: venha fazer o teste rápido, para a gente tentar trazer o paciente para a unidade. Às vezes eles vêm: “ah eu quero fazer um check up completo, quero fazer todos esses de exames de hepatite, HIV...” então eu já falo: vamos marcar o teste rápido ali... então assim a gente pega

\_ Como você percebe, como tem sido a tua prática com relação ao pré-natal?

\_ O pré-natal... a gente estava com mais gestantes e agora deu uma diminuída... eu tento fazer, assim... quando a minha agenda está muito cheia eu tento fazer exatamente como no protocolo..., mas assim a gente que sempre fazer o máximo de consultas possíveis, e tem dado super certo assim. Eu faço uma consulta comigo, uma consulta com a enfermeira e a partir das 36 semanas e isso não está em protocolo nenhum, sou eu que atendo todas elas, no final da gestação a (nome da enfermeira) se sentiu um pouco insegura então até as 35 semanas. A gente divide e se a gestante chega na consulta dela com alguma queixa já é realizado na hora, eu já consigo... ela vem, me relata e eu já trato. Se tiver que parar pra explicar eu paro e vou lá e explico... a gente tenta pegar os dias de gestantes junto, nem sempre dá, mas a gente tenta... e tem algumas gestantes que até eu fico com um sentimento de culpa porque eu faço o protocolo mínimo que é uma consulta no primeiro, 2 consultas no segundo e 3 no terceiro, porque eu vejo o calendário e : ai meu Deus tá acabando a gestação e tem só seis (consultas)... mas assim é porque às vezes elas demoram pra trazer os exames, às vezes porque a agenda está cheia... realmente pra marcar pra mim acaba ficando estendido... eu não sei se era isso a tua pergunta...

\_ sim tua percepção mesmo...

\_ bem tranquilo, a maioria fala que quer parto normal mesmo, uma ou duas falam que preferem cesariana, a maioria é parto normal mesmo. Gestante alto risco são poucas, tem algumas, mas, são poucas, mas, é supertranquilo... a gente orienta, tenta acompanhar, deixa bem livre para vir na demanda, a gente deixa livre, a gente orienta sobre os fatores de risco, de ter que ir pra Darci...

\_ e o puerpério, como é a tua prática?

\_ O puerpério até 42 semanas, eu deixo orientado, como a mãe tem que vir fazer o teste do pezinho do bebe até 5 dias... as meninas já tentam fazer o cartão SUS e a mãe já sai com uma consulta. Aí, essas carinhas vêm, a (nome da enfermeira) tenta fazer uma visita, às vezes só quando não dá, ou quando tem alguma coisa... Mas ela faz essas visitas da carinha, com prioridade às carinhas vermelhas que vêm da maternidade... ali ela já vai, vê a caderneta, já vê as vacinas, já vê a criança, se tiver alguma coisa errada ela já comunica... daí ela tenta marcar uma consulta até 42 dias, a gente tenta marcar com 30, 35, 20.. aí ela já fala... quando eu vou abrir a consulta já tem o teste do pezinho registrado pela técnica, já tem a visita da (nome da enfermeira), daí eu vou fazer a consulta... daí já marco a consulta da mãe e do bebê, com tempo estendido e que eu tiro as dúvidas da mãe, vejo tudo, se teve hemorragia, problemas com a mama, com está a amamentação... se tem vontade de fazer uso de contraceptivo, porque às vezes elas têm né? Daí depois eu faço a parte da criança, coloco a régua, examino a criança, tiro as dúvidas da mãe, gerais de tudo e daí depois eu deixo livre, fecho o cartão do SIS pré-natal, oriento que ali fechou as nossas consultas, porem agora é com a criança. Daí eu coloco a criança num grupo, a gente tem um grupo de crianças de 0 a 6 meses e depois de 7 meses a 2 aninhos, agora a gente até estendeu de 0 a 8 meses, porque o grupo de 0 a 6 está muito pequeno e o outro muito grande, para equilibrar. E nesse grupo a gente dá uma palestra de no máximo 15 a 20 minutos, no início, sempre as primeiras e a segunda terça do mês que é quando a gente tem a associação disponível... Vem bastante mães, a (nome da enfermeira) também e eu sempre pegando no pé... às vezes vem criança sem avaliação e eu já: porque tu não estás trazendo no grupo? Porque a gente conhece as carinhas das mães que vem no grupo então a gente: “ó tem que trazer”, dou o grupo, anexo na caderneta, a gente está acompanhando esse neurodesenvolvimento... deixo livre para caso a criança precise de uma avaliação, “ah ta com febre”, eu oriento tiver alguma coisa, apareceu isso ... às vezes elas tem dúvida do umbiguinho, às vezes ela tem dúvida “ah meu filho tem fimose?” “oh se acontecer isso, isso e isso tu voltas que a gente já olha junto” por que a gente perde 5 minutinhos, mas já orienta, sai mais tranquila, não precisa ir para o PA e para o Hospital Infantil e no grupo já é para tirar essas dúvidas e no grupo já...

\_ essa sacada de fazer o grupo, foi uma demanda que vocês perceberam ou uma demanda da comunidade?

\_ foi uma... estava faltando agenda para as crianças. Era agendado para mim e pra (nome da enfermeira) e as crianças passavam pouco por mim. Daí era um mês comigo e 2 ou 3 meses com a

(nome da enfermeira), daí começos a surgir uma insatisfação e começou a gerar um afastamento, não estavam vindo e um número de inadimplência (faltas). As mães estavam faltando. Daí a gente pensou, a ideia veio do exemplo do (outra unidade de saúde) que a ACS está lá, daí ela falou como funcionava lá... daí a gente discutiu em reuniões e resolveu montar o grupo, no meio do ano passado e o grupo tem aumentado e tem sido efetivo. Com união em equipe... a gente pega todo mundo... tem que estar as ACS, tem que estar alguma técnica, tem que estar eu e a (nome da enfermeira), aquelas que vão com a (nome da enfermeira), já deixo orientado na consulta do puerpério que se independente se ela cair com a (nome da enfermeira), se ela não souber responder a gente pede pra aguardar e eu termino de atender outra e já converso com essa mãe... daí as mães que têm alguma queixa que talvez precise de alguma consulta com especialista eu peço pra aguardar terminar, encaminho ela aqui pra unidade, a minha agenda já está fechada para isso, daí precisa avaliar: ah, meu filho está com pé torto, hérnia umbilical.., daí a gente já vai avaliando. O que dá pra olha ali rapidinho a gente olha

\_ você tem bastante procura relacionada a climatério?

\_ tem, tem bastante. Nunca elas vêm para se queixar do climatério... elas vêm por uma dor lombar e "Ah doutora agora tá me acontecendo esses calorões, os fogachos..." As vezes o ciclo ainda está regular.... me acende o alarme se é ali perto dos 40 anos, que pode ser precoce, mas entre 45 e 55 anos eu já oriento... peço exames, principalmente o FSH (interrupção da entrevista), daí aproveito pra pedir outros exames, daí a gente já marca um retorno dali a um mês que geralmente os exames estão prontos, pra avaliar, orientar e ver se tem a necessidade de hormonioterapia. Daí se precisa eu geralmente entro com uma Isoflavona, tento ver se ela tem repostada, e se ela precisar de terapia hormonal, com adesivo, coisa assim, realmente não ta passando... às vezes começo com um ansiolítico... tem que ver as queixas do climatério, porque às vezes ela está entrando, mas ela fala que não quer nada... daí eu explico o que o climatério pode trazer..., explico olha às vezes não vai ter tanta lubrificação vaginal, pode ter perda de libido e daí eu vou explicando pra dar uma antenada e qualquer coisa ela já voltar no posto e daí.. não teve nenhuma que eu precisei encaminhar para a ginecologista para entrar com hormonioterapia. Eu sempre explico que tem que avaliar de perto pelo risco oncológico, tem que avaliar com ultrassom a espessura de endométrio, por esses riscos que tem. Mas eu sempre explico de uma maneira imparcial para não direcionar ela a para alguma coisa.

\_ você já teve alguma situação relacionada a vítima de violência de gênero, sexual, intrafamiliar...

\_ sim... já peguei... 2 casos em relação a criança.... os 2 casos com DST... um caso foi com herpes genital numa menina e um papiloma vírus num menino. Em mulheres, eu não... eu noto mais conversando com a (nome da enfermeira), que ela deixa na anamnese dela que quando ela faz o preventivo ela pergunta, eu não costumo perguntar, não está na minha anamnese. Os casos que mais foram são essas duas crianças e aqueles que ela me relata. Agora vir aqui, com essa queixa específica na demanda, que teve um abuso sexual.... teve uma gestante que teve um abuso sexual e já estava grávida e a gente acompanhou com psicólogo aqui e na Darci... foram esses casos... e algumas que falam de violência não sexual, algumas que a (nome da enfermeira) me fala, mas a maioria já a vida continuou, já conseguiram esquecer, mas caso tivesse isso ainda iria encaminhar ao psicólogo... mas agora pra te falar foram esses 3 casos. Violência com agressão física não teve nenhuma que me relatou \_ já esteve envolvida numa situação que envolva aborto?

\_ já teve aqui no posto teve aborto e natimorto também. No aborto geralmente elas vêm com dúvida ali da Darci... geralmente elas já estavam acompanhando no pré-natal, já tem a segurança então elas vêm para a demanda às vezes para a explicação. Não foram muitas, mas teve. A mais recentemente ela abriu o pré-natal, que geralmente é até as 20 semanas e ela ali com 10, 12 semanas, tem o abortamento... a gente conversa e se persistir, se o fator psicológico... eu oriento né, porque elas querem saber o porquê que aconteceu isso, o que que deu de errado, o que que eu fiz, aí a gente explica, orienta, que não é culpa dela, que não foi nada que ela fez, que é da natureza... E a questão psicológica, né... eu não chamo ela de volta, eu não marco um retorno, eu deixo livre pra ela voltar a procurar a unidade caso ela venha a não conseguir... esse lado emocional pra passar, se tiver que encaminhar ao psicólogo, eu perco um tempo explicando tudo, se ela tiver alguma dúvida a conversa, as vezes chamo a (nome da enfermeira), caso ela queira voltar a gente...

\_ E você já teve uma situação em que a paciente que demandou, que ela queria fazer o aborto?

\_ Não... não teve nenhuma que chegou dizendo que queria abortar... já tive gestante fazendo pré-natal contrariada, infeliz... a gente teve que encaminhar pro psicólogo, não era uma gestação desejada, mas não teve nada que "ah, eu quero abortar" que ela falou que queria abortar... exceto que essa gestante foi de abuso sexual, mas ela nunca falou que queria abortar... ela só falava que não queria a criança, mas não referiu quero o aborto.

\_ e você pensou em algum momento: se ela tivesse te pedido, como você lidaria com isso?

\_ eu primeiro teria que partir do ponto ético, conversar, explicar... essa era a que me deixou mais nervosa, intrigada pela situação que ela passou... eu busquei conversar com outros profissionais pra

abordar essa situação ética daí que teria que conversar... essa gestante eu estava acompanhando... eu marcava retorno com ela semanal, pra conversar e a gente marcava visita e assim eu acho que eu seria mais incisiva em questão de conversa e sendo ética na conduta na questão do aborto.

\_ e essa rede que tu conversaste com outros profissionais, como é que tu percebes, é uma rede fácil de conversar?

\_ a questão com o psicóloga: eu com o psicólogo, sim, tenho um acesso fácil com psicólogo, tanto pra conversar via telefone ou unidade... a gente tem essa questão de troca, de eu mandar os pacientes e ela me mandar, demandar pra ele... a questão que se perdeu a ligação na maternidade... elas vão pra especialidade e a gente não consegue ter o contato com o especialista.... então eu não tinha o contato com o psiquiatra da maternidade com o acompanhamento ambulatorial da maternidade... mesmo encaminhando ela pro psiquiatra, eu não tinha contato com o psiquiatra e sim através de retorno de encaminhamento do que ele escrevia pra ela... então não tinha a conversa em si direta de como abordar era eu e psicóloga, mas eu consegui descrever ao psiquiatra, ele me descreveu uma contratransferência pra mim, mas isso se tornou mais lento e moroso... eu acredito que poderia ter sido mais... poderia ter sido melhor esse acompanhamento.

\_ me conta como foi a tua formação relacionada a saúde sexual e reprodutiva, a contracepção... como é que tu classifica a tua formação.

\_ me formei como médica generalista, não fiz residência nenhuma. Me formei em julho de 2016 e comecei a atuar na unidade em agosto de 2016 aqui na unidade... eu só trabalho aqui... então o que eu tive de experiência foi através da minha faculdade, então foram os períodos, semestres que eu passei em ginecologia em si, ou em semestres que passei em ambulatório de ginecologia ou na maternidade em si. Me formei em Criciúma, então no hospital eu acompanhava o especialista, a minha faculdade foi bem incisiva em ginecologia e pediatria... eu gosto assim tanto da ginecologia e obstetrícia e da pediatria gosto assim e o que eu tive de conhecimento técnico foi através da prática, da discussão, então... eu lembro que na minha faculdade os ambulatórios que eu mais frequentei foram os de ginecologia e obstetrícia e os de pediatria, em relação a outros ambulatórios... é uma pedida do generalista, o meu internato foi um semestre inteiro pra ginecologia, 1 semestre inteiro pra pediatria, que as duas se complementam na gestação e no puerpério. Eu acho que foi uma boa formação técnica, claro que sempre bom ter uma pós-graduação, vou me interessar, vou ler mais... Eu acho que eu tive uma boa formação em relação a isso.

\_ o que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva. Reprodutiva também inclui a contracepção.

\_olha, municipal, eu vou te ser bem sincera, eu não conheço muito assim de conhecimento... Eu nunca li nada assim técnico, o que eu sei são as portarias, os memorandos que chegam a mim sobre tais condutas específicas para tais coisas, ah, vamos fazer para a sífilis... ou quando encaminhar para o alto risco da maternidade..., mas isso chega para mim através desses memorandos internos. Acho que eu nunca tive uma capacitação com relação a isso... teve na verdade umas palestras que a maternidade promoveu junto com a Univille, que eu cheguei a ir, foi bem interessante, que eles liberaram um dia para assistir lá no Juarez Machado. Mas enfim o que vem é muito pouco da política em si, do que pode ser feito, que não pode ser feito. O que chega é em portaria para mim, ao longo do que eu estou aqui e ao longo da faculdade do que eu poderia ou não fazer.

\_ E da política nacional?

\_ daí eu tento seguir o protocolo do ministério, sempre vou nos livros do ministério da saúde, se eu fico em dúvida eu pego o protocolo do ministério, que é a minha referência, eu nunca vou nos livros menores, eu vou no protocolo direto do MS, então já vou na internet, ministério da saúde... tento pegar o protocolo mais atualizado... às vezes abro a intranet, procuro ali. É O que eu sigo dentro da política nacional. Tento seguir o protocolo deles, é o que eu posso fazer.

\_ existe alguma coisa da profissão alguma regra da profissão que influencie nas tuas condutas do dia a dia com relação a isso ... explícita ou não explícita.

\_ não, eu não consigo (lembrar)... eu sigo a ética médica, não tem algo que eu consiga dizer... não sei se eu entendi bem a pergunta, se tem alguma coisa que eu não me sinta à vontade, alguma coisa que me impeça?

\_ isso, que te impeça te tomar determinadas condutas...

\_ eu me sinto bem à vontade, nunca tive nada assim, não posso dizer que na minha experiência tenha alguma coisa que eu esteja intrigada.

\_ você é associada a alguma associação de classe?

\_ não ...

\_ disse tudo que a gente falou, existe alguma outra coisa que você considere importante que deveria estar aqui e a gente não abordou?



\_ não acho que foi bem global, bem interessante. Talvez a questão mais dos trans... acho que eu falei pouco, que é uma coisa importante da relação que vem com tudo agora e que a gente deveria abordar mais e que não deixa de ser importante. Eu tenho uma trans... e na relação... quando a gente fala na relação sexual a gente pensa na relação hetero, né e a gente não pensa assim no homossexual, nessa questão de abordar... claro eles mesmos já sabem e procuram por conta porque tem aí fácil acesso às coisas e a gente não tem ninguém aí que vem procurar essa questão de... a gente se preocupa quanto a questão de proteção DST e tal.

\_ e como tu sentes essa rede de apoio para você atender esse paciente trans.

\_ difícil, difícil, não tem, não tem muito, eu me sinto sozinha não tem... tu até procura, mas são profissionais isolados... não essa ligação, de apoio pra conseguir pegar esse paciente... se torna que ela vai num especialista, aí vai com outro, e aí vai com o outro atendendo de forma isolada, não tem uma rede de apoio, algo que possa ajudar ele.

#### Entrevista 060418E05

Ent.\_ você conseguiria me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária?

E05: Bem ampla essa tua pergunta... minha prática de saúde sexual e reprodutiva? Ela consta praticamente não de todas, mas, da maioria das ações... ela consta direta ou indiretamente... a gente tem... isso tem um período que tu queres?

Ent.: não, da tua prática.

E05: assim, vou pegar um ponto de partida do que eu faço: nos últimos 2 anos com esse novo redimensionamento, que eu entrei na saúde da família, a minha área de abrangência ficou com o colégio estadual, porque a Univille ta com os alunos, cuja ... que têm interesses particulares aí, porque a diretora tem uma filha que é aluna, praticamente ela dispensou nosso trabalho porque os alunos iriam trabalhar a questão da sexualidade lá, que a gente vinha trabalhando enquanto unidade de saúde. A nós fazíamos um trabalho, Assim, uns pontos de corte tipo 5º ano e entrada do ensino médio, onde a gente trabalhava a questão da sexualidade, da saúde sexual, dentro desse item: saúde sexual, nós fazíamos oficinas... foi num programa do Ministério que a gente teve uma capacitação na Univille, que eu não lembro especificamente bem do que era, mas tem uns manuais do Ministério da saúde, com umas oficinas bem bacanas. A gente formou várias oficinas com aqueles manuais, a gente formou uma equipe na unidade de saúde, aonde a gente trabalhava não numa forma tão de palestra, mas assim, jogos, quebra-cabeça, de palavras com os alunos, onde a gente ...e estudos de casos, era bem interessante. Daí a gente saiu por conta desse episódio e estamos aguardando... assim, todo ano a gente faz reunião para ver as ações que a gente vai fazer com eles... agora a gente está querendo que a escola faça a aderência ao PSE, porque as nossas 2 escolas ali da área não são inscritas no PSE, mas independente de ser inscrita ou não, a gente quer que eles façam a aderência no PSE, porque isso faz parte do nosso planejamento local, em função do PMAQ, mas independente disso a gente continua fazendo as ações com a escola, desde a questão da odontologia, IMC, nutrição, Snellen, escovação e a questão da saúde sexual. A gente continua fazendo essas ações lá. Eu comecei por aí principalmente pela prevenção e promoção da saúde. Promoção da saúde é começar com o adolescente antes que ele engravide, que ele consiga planejar a sua saúde sexual. Nessas oficinas ... quando eu falo: pontos de corte, né: 5º ano e 9º ano, que a gente começa com a prevenção: planejamento, planejar a gravidez, planejar a família... desde ah vou engravidar, então eu que eu tenho que fazer para me prevenir, o que eu preciso para ser pai e mãe, ter família aquela coisa toda de responsabilidade. Daí na unidade tem as consultas de enfermagem, então adolescentes... a ideia de trabalhar com a escola é fazer uma ponte, porque o adolescente quase não vai na escola (creio que tenha pensado em dizer à unidade de saúde), então a gente convidava.... raramente apareciam adolescentes... não espontaneamente, era difícil de irem espontaneamente. Eles eram levados pela coordenadora da escola: ah, tem tal problema com a aluna, ou não tem mãe... situações assim ela levava lá pra gente fazer uma consulta com esses adolescentes. Ou mães que levavam, ou entre amigas decidiam ir lá fazer consultas. E na questão do preventivo, na saúde da mulher que a gente abordava muito a questão do planejamento. Daí quando entrou a questão da vasectomia e depois da laqueadura para encaminhar... então com a ação dos agentes comunitários de saúde nas casas, as orientações, que a gente encaminha para um grupo. Tem um livro em que o pessoal anota os nomes e quando tem uma quantidade, que agora não sou que faço isso, eles marcam uma reunião e fazem os encaminhamentos para essas duas ações. Daí nós temos... como unidade mista, nós temos um gineco, neste momento, faz 1 ano que esse gineco está lá e ele está colocando o DIU. Então tem o DIU que a gente encaminha, tem as camisinhas femininas e masculinas, tem a questão dos encaminhamentos para os métodos definitivos, as consultas de orientação e a questão da... ali a gente usa bastante também os pré-concepcionais, que a gente consegue fazer isso.

Ent.: Interessante... Me diz uma coisa, essa ação na escola, que você fez, ou que você faz ainda, foi uma demanda que partiu da comunidade ou vocês perceberam essa demanda?

E05: Bom... quando eu fui trabalhar lá (nome do posto de saúde), era só um posto de rede e não tinha ações na escola... não vinha essa demanda para nós. Mas quando eu cheguei eu disse: não! Não tem como... tem que trabalhar. Eu tive a intenção, junto com a chefia... de ir pra escola, eu sempre gostei de trabalhar com os alunos e eu fiz essa ponte com o consentimento de chefia (risos). Eu fui para a escola, organizei o trabalho dos agentes comunitários, tipo, alguma coisa já tinha, mas eu dividi eles em grupos e cada agente comunitária é responsável por uma ação. E tinha agente comunitária que era da escola para fazer palestra e da gente organizar essas ações. E foi super bem-vindo, numa escola municipal, onde são pessoas que a gente se identifica. Então tem a escola (nome da escola), que tem uma orientadora pedagógica que a gente fez uma parceria muito boa, isso faz uns 8 anos... e de lá para cá a gente vem trabalhando anualmente isso. Eu saí daquela escola, porque com a saúde da família eu fui para uma outra área e ficou uma colega enfermeira, que ficou responsável por essa escola e as ações continuam.

Ent: E esse grupo que vocês têm para encaminhamento para esterilização cirúrgica: ele é uma demanda de vocês ou da comunidade?

E05: Foi em função do protocolo da vasectomia, que faz parte o grupo onde se orienta todos métodos e como é o processo da vasectomia. Na verdade, se a gente for verificar em atas ali no (nome do posto), a gente sempre discutiu planejamento familiar. Em alguns momentos isso constou como prioridade em nossos planejamentos porque nós não tínhamos ainda vasectomia e nem laqueadura e muitas discussões, levei de paciente nossas com situações de necessidade, de indicação total, de desejo e que faz parte da lei que elas teriam o direito tanto de fazer a laqueadura, mais a laqueadura, porque a vasectomia os homens são mais resistentes, mas mesmo tendo o direito na lei, os pacientes não tinham essa opção aqui em Joinville. Não tinham mesmo. Então várias vezes eu discuti isso nas reuniões de conselho local de saúde levava situações assim, não com nominais, absurdos que a nossa população vive e hoje em dia não tinha recursos na saúde. Tanto no planejamento quanto na questão da ginecologia, que também é um absurdo de a mulher andar com o útero no meio das pernas, invertido (prolapsado, provavelmente) e não ter cirurgia ginecológica... e não ser urgência.

Ent: concordo contigo...

E05: Não é urgência, ela pode esperar...

Ent: 3 anos, 4 anos...

E05: Colocando o útero para dentro... situações assim que a mulher não tem o poder nenhum sobre seu corpo... então isso era uma coisa que me incomodavam muito... questões pessoais...

Ent: e esse teu encaminhamento, agora depois que você fez isso, como é que está, de você para a frente, de outras instâncias?

E05: Assim, está melhor agora. Existe a possibilidade, a vasectomia flui mais rapidamente. Tem situações assim de laqueadura que agora já está funcionando, mas está fluindo melhor e Graças a Deus estamos tendo boas resoluções.

Ent: Você também faz consultas, você tinha citado, consultas individuais... essas consultas a demanda maior é para que?

E05: Nós não estamos ainda nessa situação do acolhimento... agora que vai começar isso de passar pelas enfermeiras... a gente faz isso quando a recepção encaminha para nós... não tem mais vaga. Senão é assim: tem os testes rápidos, que é um ponto que flui, tem os preventivos... e tem uma triagem ginecológica, como tem um gineco lá, quando eles vêm com necessidade de consulta ginecológica passa com a gente. Muitas situações de planejamento familiar a gente pega nessa triagem ginecológica

Ent: E o preventivo? Tem fluido bastante? É fácil?

E05: Para agendar?

Ent: para agendar e depois o resultado.

E05: não, não tem fila de espera, mas não atende à demanda, a nossa situação aí a população é muito grande, são 21 mil habitantes, então nós não atendemos à demanda. Tem demanda reprimida para o preventivo... e o retorno eu até entendo que quando é um preventivo, não tem aquela urgência do exame, mas ele demora em torno de 30 a 40 dias para chegar o resultado. Então, para nós ali que temos o gineco, e a gente ou mesmo o médico de família, ele atende esse resultado de preventivo, ou uma infecção que não dá para esperar, uma situação mais crítica a gente já encaminha, não dá para esperar o resultado do preventivo. Que tu vê ali clinicamente né ...

Ent: E essa demanda para um planejamento reprodutivo, o que elas vêm te pedindo?

E05: Basicamente é pílula... elas até desconhecem: ah coloca DIU? E como é que é o DIU? Porque eu já vou oferecendo os métodos que tem, sempre orientando a questão da camisinha, da disponibilidade da camisinha feminina, mas por elas, popularmente é a pílula. Elas vêm pedir pílula, ou porque a pílula está fazendo mal... daí a gente tem que ouvir a história, se é a pílula, quanto tempo está usando..., mas

a busca sempre parte da questão do uso da pílula, ou do injetável... do uso de hormônio... injetável e comprimido

Ent: E essa escolha na tua equipe, é só o médico que faz? Você opina nessa escolha? De qual pílula, qual o método que vai ser usado?

E05: geralmente eu falo dos métodos que tem e quem prescreve isso é o médico. Lógico, sempre leva junto a camisinha e eu deixo o encaminhamento nas mãos dela, quer marcar do médico, para fazer tanto uso de pílula ou DIU, tu decides. Eu dou a orientação geral e ela depois vai marcar com o médico, para usar o método que ela aceitar.

Ent: certo... e você tem vivência com pré-natal?

E05: Sim, faço pré-natal, sou enfermeira obstétrica e adoro, então faço as consultas de pré-natal. A gente tem uma demanda razoável, eu atendo assim a minha agenda é saúde da família, mas se tem espaço na agenda que não foi preenchido de uma semana para a outra, que não foi preenchida com paciente da nossa área, eu atendo paciente da rede também. Faço pré-natal e faço grupo de gestante, que esse ficou a meu cargo... a gente dividiu lá as tarefas. E depois veio outra colega obstetra também, que a gente faz oficinas, a gente faz um trabalho bem bacana ali de grupo de gestantes. E agora a gente teve uma capacitação do ministério da saúde para crescimento e desenvolvimento e estímulo de crianças que a gente vai dar continuidade com as mães com as crianças. Essas ferramentas tipo WhatsApp ajudam muito a gente faz grupo de gestante no WhatsApp, e elas mandam fotinhos, agora elas querem um encontro, as mães estão pedindo encontros para mostrar seu bebê... e elas têm dúvidas e elas mandam as dúvidas por WhatsApp.... A gente tem WhatsApp para tudo, tem de dança sênior, ginástica, gestante... elas entram e não saem mais...

Ent: o grupo segue sem vocês... se vocês saírem o grupo vai seguir...

E05: é eles mantêm o WhatsApp... a tecnologia tem o seu lado bom

Ent: Você já esteve em uma situação relacionada a infertilidade?

E05: tem, tem muitos casos ali. Muitos eu não sei (risos), mas aparece de vez em quando. Aparecem situações assim de geneticista... o que a gente faz... eu passo para o ginecologista. Nós tínhamos... numa época acho que tinha 2 vagas lá na maternidade, agora acho que nem tem mais esse serviço. Daí fica sem. Fica um vácuo aí

Ent: Já esteve em alguma situação relacionada a aborto?

E 05: não... diretamente não...

Ent: espontâneo ou não...

E05: raramente tem relatos de mulheres que quando fazem o preventivo e assim: ah teve aborto? Espontâneo ou não... eu lembro de algumas mulheres que disseram assim... ah, uma ou 2 disseram que foi provocado. Teve algumas pacientes que relataram isso... foram poucas, os outros todos foram abortos espontâneos. Teve casos assim que, eu não fiz busca ativa, mas que saíram decididas a abortar, mas eu não tive retorno e não consegui fazer busca ativa... até porque o endereço... uma que eu não tive tempo outras que meio que caíram, assim... da casa da amiga, consultando, essas coisas são bem obscuras.

Ent: a gente não tem muito como agir..., mas para ti como foi lidar com isso, de ela sair decidida a ...

E05: foi difícil, tenho que deixar de lado minhas convicções, que já foram diferentes ao longo da minha vida, já mudei minhas convicções ao longo da minha vida, e orientar os riscos... preservando a vida da paciente sempre e a autonomia dela. Mas é uma coisa que sempre me faz pensar muito... não foram muitas situações... eu lembro de adolescentes de chegarem e tu vê que... fez uma coisa impensada, insana e... tu vê que a paciente está sem saída. A gente fala: tem que falar para a mãe, tem que falar com o parceiro... a gente orienta: é direito do parceiro que ele vai ser pai e algumas: "não, ele jamais vai saber..." tomam a decisão sozinhas... a mulher toma a decisão sozinha... e eu digo: é direito... Mesmo no pré-natal, agora eu misturei as coisas... assim, na questão do pré-natal, assim... a mulher chega, faz um teste rápido, descobre que está grávida e tem um colapso nervoso e conta a história aí tu chegas no ponto de ter que dizer que o pai tem direito de saber, que ela não fez esse filho sozinha e que ela... às vezes tem a opção que ela não vai falar... de a mulher ter autonomia desse sentido. Ali no (nome do posto) a gente tem uma população assim... eu pego pessoas com nível superior, professores... tem uma questão diferencial da questão educacional aí.

Ent: Como está assim... te aparece muito a questão e DSTs?

E05: Acho que não é muito pela população, mas tem casos muito frequentes de sífilis, condilomas, HIV: pouco. Mais é a sífilis, que é a gestante, que vem fazer e aí a gente faz o teste rápido e tem bastante... considerável... significativos os casos de sífilis, que não deveriam existir, mas tem. Tipo 1 ou 2 no mês... para a nossa população que não tinha, né, não tenho outra comparação... se fosse 1 ou 2... eu falo eu, mas tem mais 3 enfermeiras que fazem.

Ent: E o manejo desses casos, como você tem percebido?

E05: Aí assim: nós temos uma infectologista que atua como clínica, aí a gente chama de carta na manga! Daí a gente bate na porta do consultório dela, ou de qualquer outro médico e já sai com a receitinha, na hora. A gente já teve problema da falta de Benzetacil que atrapalhou... muito e foi complicado e, mas assim, normalmente a gente já trata ali. Quando é HIV a gente já encaminha para Unidade Sanitária. Consegue acompanhar o paciente, os retornos, as vacinas...

Ent: e a tua vivência em relação ao puerpério?

E05: Puerpério a gente faz a visita. Então... poucas escapam da nossa visita de recém-nascido. Como a nossa área é bastante restrita e a gente acompanha a gestante, chegou em casa e a gente está fazendo a visita. Pode demorar, 10 a 15 dias, mas a gente faz a visita. Daí já marca ela às vezes comigo, às vezes com o médico de família, da rede com gineco... daí a gente já encaminha ao planejamento familiar também.

Ent: Já teve em caso de algum homossexual te procurando para orientações, com relação à saúde sexual e reprodutiva?

E05: Sim... de que querer ter filhos não..., mas de meninas lésbicas que como a gente pega a saúde da mulher elas vêm... para alguma orientação prevenção de doenças, de cuidados, mas não especificamente de reprodução. E de homens mais é no teste rápido que a gente pega. Alguns são, assim... bem assíduos... eu falo assim: não, você tem que se prevenir, tem que usar camisinha... “não, mas eu vim de novo, eu vim de novo” (risos). Eles vêm bem periodicamente fazer o teste... não está usando camisinha? Tem que usar!!!

Ent: você já esteve em algum caso que envolvesse violência, de gênero, sexual/?

E05: não lembro agora... não lembro... tem histórias assim... eu tive situações que é tipo coisa que veio à tona de pai com os filhos, que eram antigos e que aflorou assim recente... Já tivemos uma situação ou outra ali no bairro, mas não que tenham passado pelas minhas mãos. Pelas minhas mãos só passou uma paciente, que é justamente essa paciente que a filha veio com a mãe que teve o útero invertido e que ela trouxe a questão de violência do pai em relação a ela. Mas era uma situação que a princípio já estava aberta, com BO, com tudo.

Ent: como você considera que foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva?

E05: meu! já fazem 23 anos... na época foi rasa..., mas eu tive muitas oportunidades, assim... me formei em 93, a gente na época era mais orientação, algumas consultas... estava bem começando as unidades de saúde... quando eu me formei, o enfermeiro era basicamente um administrador, não tinha o papel que tem hoje e isso foi construído ao longo da minha carreira profissional... eu tive muitas oportunidades de capacitações... foi bacana na minha especialização em obstetrícia, a gente teve alguns blocos de gineco, onde a gente teve muitas aulas de planejamento familiar, que reforçou bastante, que eu me senti mais apta. E algumas capacitações da secretaria de saúde, do ministério via secretaria de saúde foram bem bacanas também

Ent: e o que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

E05: bom agora... bem eu já conheci bastante porque eu já trabalhei lá! (risos), agora o que a gente tem... a gente tem os recursos... eu acho que está mais assistida agora. Temos opções um pouco mais diversas... se atende todas as necessidades, não. Sempre aparece uma situação que tu não consegue atender. Assim tipo: “ah, mas é uma opção minha, eu quero isso”, disse uma paciente que usava diafragma, de todos os jeitos não teve como oferecer para ela esse método..., “mas eu quero, eu estou habituada, que quero usar, eu vim de São Paulo e a gente usava e eu quero usar...” e ela chegou até a secretaria de saúde. Mesmo ela estando bem informada, indo buscar ela não conseguiu. Então, ter o direito e estar em lei não quer dizer usufruir disso no nosso país e nem no nosso município.

Ent: E da política nacional?

E05: especificamente, o que tu quer que eu saiba?

Ent: o que tu conheces dela o que tem te chegado hoje de atualizações...

E05: não sei... acho que atualmente e especificamente de planejamento familiar não tem muita coisa não... as únicas inovações mesmo foi uma luta as questões dos métodos definitivos, da laqueadura, vasectomia e o que não evolui e sinceramente que isso é uma questão para mim eu não sei o que eu faria é a questão do abortamento, que eu acho que isso nós não temos ainda.... quer dizer, não é que nós não temos, nós temos uma legislação específica só que ela não atende as necessidades das nossas mulheres, isso tem que ser revisto. Eu trabalho na maternidade também e às vezes chegam mulheres em situações graves e que isso deveria evoluir, mas.... esse é o ponto mais crítico da saúde reprodutiva é quanto à questão... agora se eu defendo essa questão de ter o direito ou não, já pensei, já me posicionei firmemente que sim, hoje... não posso falar, não sei, não tenho essa convicção toda que eu já tive. A gente muda muito e hoje eu não saberia te dizer..., mas eu acho que em termos de direitos sexuais e reprodutivos, no nosso país a questão de a mulher ter ou não o direito de fazer o aborto é o que está mais pegando.

Ent: alguma outra modificação na política que você acredita que iria agregar mais nas práticas em geral ao teu ver?

E05: eu acho que sim. A mulher hoje tem recursos... a mulher e o homem também. Ela tem que buscar, tem que ter esse movimento para buscar. Isso vai da cultura do cidadão. Nós temos recursos. Às vezes, uma situação ou outra que tu não consegues, mas de um modo geral tem várias opções de planejamento familiar. O que emperra aí é a questão é o domínio sobre o seu corpo. E o que está mais fardo (pesado, eu acredito), realmente é que de um modo geral a população está mais desleixada, ela não está preocupada com a sua saúde sexual e reprodutiva. Tem um outro lado, né, estou levantando aí um outro lado: o de não se importarem se pegam doença, se não pegam doença, se engravidam, se não engravidam. Se profissionalmente, se o serviço de saúde atende tudo? Atende razoável, agora o cidadão está desleixado, não sei se a palavra é adequada, o cidadão no meu ponto de vista tem que estar mais consciente com relação a isso. Falta o cidadão buscar preservativo, buscar o método, planejar a gravidez, planejar a sua família... se falta alguma coisa, se tem que ser feita alguma coisa é nessa questão da sensibilização com relação ao... direito sim, sempre, mas quanto ao dever, o dever e a responsabilidade... meu! assim, de adolescentes grávidas, não da minha unidade, mas eu trabalho lá na maternidade e chegam adolescentes de 13, de 14 anos, de 15, que eu trabalho na porta de entrada... eu já parei de abrir a boca porque às vezes tu levavas uns... às vezes eu não consigo não... mas você quis essa gravidez, você planejou essa gravidez? E ou, no sétimo, oitavo filho... a gente tem que reservar os pontos de vista porque já tive situações de a paciente dizer "sim, porque eu quis", e eu tomar nos dedos... está eu quis que mais um filho viesse, sem ter condições para isso... e aí o problema é outro, né? A população que precisa de ter estudo, condição de vida, de ampliar, de sair do básico, do raso do ser humano que é raso ser humano que sei lá, da escala lá da filosofia, né, que primeiro é comida, depois reprodução do estágio... são 5 níveis né, o espiritual, não sei o quê... essa é uma escala da filosofia até a gente chegar no poder, mas o primeiro é a sobrevivência, a comida, segundo é a sexual... e eles ainda estão na segunda, reproduzir pra manter a espécie... então é o outro lado né?

Ent: é daí precisaria evoluir como um todo, como sociedade como um todo...

E05: o que falta é isso.

Ent: existe na tua profissão alguma regra, velada ou não assim, com relação às condutas que tu vais tomar, ou isso não influencia na tua conduta.

E05: regra velada... não sei, não que eu perceba...

Ent: alguns combinados assim às vezes da profissão que a gente acaba seguindo...

E05: não sei te responder...

Ent: disso tudo que a gente falou, existe alguma coisa que tu consideras importante e que a gente não abordou, que a gente deixou de lado?

E05: planejamento familiar, na minha profissão em qualquer lugar, sempre foi prioridade, mesmo tipo no (nome do posto), a maior parte da demanda é idoso..., hipertenso, é diabético, doenças crônicas.... não temos uma demanda assim de pré-natal e de crianças..., mas é o começo, toda civilização, sei lá. Começa ali, em planejar um filho... sei lá tu podes ter um, dois, mas é prioridade, não importa o número, mas é uma necessidade de olhar sempre em primeiro lugar, daí... a idade fértil, e a gravidez é a mulher, então o homem tem a sua responsabilidade mas, é a mulher que engravida e tem seu corpo. Então ela tem que ter domínio e conhecimento... então essa sempre vai ser a ação prioritária onde eu estiver trabalhando.

#### Entrevista 090418M05

Ent: você conseguiria me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

M05: Bom na orientação de atividade sexual? Isso inclui o pré-natal?

Ent: sim, tudo que for de saúde sexual e reprodutiva.

M05: Assim a realidade dessa unidade é que a gente tem poucas mulheres em idade reprodutiva, pra começar, então é uma realidade um pouquinho ímpar, distante da realidade, a nossa prática se organiza da seguinte forma: pré-natal é muito tranquilo, porque a população de mulheres em idade fértil é pequena, então a gente consegue incluir a grande maioria no primeiro trimestre, bem no início, tipo 2 semanas de atraso de menstruação já consegue fazer teste rápido, já consegue captar a grande maioria. Claro que não são todos. Então consegue entrar no pré-natal a maioria no primeiro trimestre. O pré-natal é organizado com médico e enfermeira, a enfermeira faz o primeiro contato, faz os testes rápidos, confirma a gravidez, abre o SIS-pré-natal, que é o sistema do ministério que a gente ainda está usando e inscreve ela no SIS e faz a primeira avaliação dos exames, solicita os primeiros exames. Isso é a primeira consulta. Na sequência ela já vem em consulta comigo. A organização ela fica em consultas mensais, e esse é o padrão, a não ser que ela tenha alguma coisa que daí ela terá mais consultas.... mas as consultas são mensais desde o teste confirmatório até, deixa eu pensar para não

errar...32 semanas mensais. De 32 até 37semanas, quinzenal e de 37 para frente é semanal até 40, e com 40 ela é encaminhada para a maternidade. Nesse período, nesses intervalos... até este mês eu fazia as consultas até (acredito que após) 32 semanas, então, de 32 até 40 semanas era só comigo, desse mês para a frente a gente vai modificar e vai voltar para o protocolo da secretaria. No protocolo da secretaria, fica com enfermeira até 37 também e vai intercalando, então a princípio se é protocolo, vamos fazer o protocolo, mas não temos dificuldades de vagas, as vagas são marcadas sem nenhuma dificuldade, por ser uma demanda pequena e por ser um posto bem estruturado em termos de demanda e equipe. Isso em relação ao pré-natal. A consulta de puerpério acaba se organizando no pós-parto quando vem fazer o teste do pezinho, aí no teste do pezinho a gente acaba captando essa gestante (acredito que mulher) para orientar a parte de mama, como ela se encontra... normalmente se a enfermeira não está no posto, é marcada uma consulta com a enfermeira e o pré-natal se fecha. Vale a pena falar como acontecem as consultas?

Ent: não...

M05: só a organização, o funcionamento?

Ent: assim: a tua prática específica.

M05: a minha consulta de pré-natal...a gente supervisiona, a gestante chagou a gente vai receber já com os exames, porque o exame é captado antes... então a gente faz a supervisão dos exames: hemograma, sorologia para toxoplasmose, se tem defesa ou não, tipo sanguíneo... precisa de algo mais detalhado?

Ent: não... é a tua percepção da rede para isso

M05: a rede para fazer exame, funciona, mas a gente tem uma restrição, por exemplo, porque é só no laboratório municipal as gestantes. Então em alguns momentos a gente teve dificuldades em relação à velocidade do exame. Então, como ela entra aqui cedo, essa distância até chegar o exame está dando tempo, mas tem algumas situações em que estava meio congestionado (para) os exames e daí atrasava um pouquinho, então ela perdia um pouco o tempo e quando ela vinha na minha consulta ela vinha sem os exames, daí ela tinha que voltar na próxima consulta com a enfermeira e se tinha alguma dúvida a enfermeira vinha fazer contato comigo. Ultrassom, muito difícil. A gente pede, a enfermeira até pede, na primeira consulta do pré-natal a gente já está pedindo. Mas a minha realidade é que assim as nossas gestantes são supercuidadas e preocupadas e elas acabam pagando o ultrassom. Então, elas vão lá, pagam os 50% e pagam social, então eu acabo consigo ter a data gestacional batendo com a data provável de parto da DUM porque elas fazem social. Diferente de áreas que não conseguem fazer porque não liberam o ultrassom a tempo. Libera a tempo, mas lá na frente. Então assim: consigo ver o ultrassom, consigo ver os exames, consigo imunizar, porque a gente supervisiona, consigo colocar na odonto, que a odonto tem um posto... e consegue fazer a supervisão mensal caprichada. É difícil faltar, quando tem falta a gente tem o agente comunitário para captar, é bem raro faltar... a gente tem um ou outro bolsão de maior fragilidade social e esses a gente supervisiona mais..., mas não chega a ser uma fragilidade que elas não façam o pré-natal. São muito atentas no pré-natal a nossa comunidade. Então supervisionamos esses exames, as vacina, faz a suplementação de ferro durante a gestação que virou padrão e faz aquela orientação que eu acho fundamental, que... a gente sabe daquela experiência do outro parto, se teve uma experiência ruim... daí se ela está conseguindo fazer um pré-natal mais tranquilo a gente consegue tirar um pouco mais de dúvida... e tranquilizar, dizer que o parto não vai ser igual ao da outra vez... e a gente tenta orientar como ela vai proceder durante o parto, para ela poder participar um pouco mais do parto e aí ela se sente menos ansiosa. Geralmente lá naquelas últimas consultas semanais é que eu começo a orientar como vai ser a sala de parto... como ela vai participar, como acontece a dilatação, que aquele período de pré-parto é um período chato, dolorido e quanto mais ela participar, quanto mais ela fazer o exercício da bola, caminhar... se desconcentrar só da dor, ela vai conseguir passar esse período mais rápido, com menos sofrimento até dilatar os 10 cm, daí ela vai para o período expulsivo. Eu tenho essa experiência que sempre falo que vai acontecer isso. Daí eu explico para ela o que vai acontecer, falo da força, como ela vai fazer a força comprida, porque assim, o que eu tenho de experiência é que quando ela sabe... eu tive uma gestante que falou assim: "ah doutora, a senhora está falando, mas não é fácil assim não! Lá na hora sou que vou ter que fazer lá!" e eu falo: eu entendo que você está vendo o teu lado e na hora que você estiver lá você vai lembrar do que eu estou falando. E vamos ver como vai acontecer... mesmo primeira, que morrem de medo! Mas não tem como a sequência é muito parecida. Se não tiver nenhuma grande intercorrência, vai ter que passar por aquelas fases. Daí depois que elas ganham, elas vêm: "doutora, não e que foi aquilo mesmo?" porque é aquilo, você vai ter que fazer os exercícios para desconcentrar até dilatar. Depois que dilatar, são 3 forças bem compridas e você consegue empurrar o bebê. Então essas orientações eu percebo que tranquiliza e que elas já vêm ali dizendo que foi aquilo mesmo e eu acho interessante porque diminui a ansiedade, porque não tem como ficar ansiosa, não tem como ficar nervosa: quando você chegar nesse momento de ansiedade, que você vai ter que tolerar

até a dilatação, quanto mais você participar... e também falo o seguinte: você vai ter uma dilatação, quando você chegar a 3, 4 cm e se sua dor for insuportável, você peça anestesia. Por que tem um anestesista lá e pode falar que foi a doutora do posto que disse que pode pedir. Porque eu explico que o limiar da dor é individual... cada um vai ter o seu nível de dor, de tolerância. Se você não está tolerando, peça a anestesia, que eles vão ver se já dá para dar. Se der para dar, eles vão aliviar a tua dor e você vai do 4 para o 9 você tolera e você vai conseguir o teu parto normal sem precisar complicação. E já aconteceu de pedir e de funcionar. Então eu acho que essas informações todas são muito importantes porque vai diminuindo a ansiedade. Eu tive uma moça a pouco tempo, no segundo filho, bem preocupada... ela esteve aqui essa semana. Teve bebê, parto normal, quase tive na cama de tão rápido que foi. E ela estava tranquila e era um Down que nasceu. Ela estava com a bebezinha com Síndrome de Down e estava tranquila porque tinha dado tudo certo e não estava tão apavorada. Ou seja, de alguma forma ela se sentiu aliviada porque o parto foi tranquilo. E isso que na gestação dela, ela nem entrou no primeiro trimestre. Bem, o que mais eu posso te falar.... Você quer que eu fale nessa unidade, né?

Ent: sim, na unidade atual

M05: nessa realidade atual eu acho bem tranquilo, eu gosto de essas orientações de pré-parto eu acho muito importante, os alertas..., mas eu acho que os alertas são mais importantes para ela saber quando ir para a maternidade, mas o que vai acontecer lá eu acho que é bem importante. E eu vejo que faz diferença na participação dela, empodera. Eu digo assim para elas: você pode dizer que a sua médica do posto disse que podia falar, porque ela empodera. E querendo ou não é um momento que se ela não se sentir um pouquinho empoderada ela vai ficar muito passiva e é muito ruim.

Ent: Você pode falar um pouquinho... você disse que ela vem e fala com a enfermeira... Você chega a ter a vivência do puerpério?

M05: Tenho, mas, sabe quando? Com 30 dias, que é quando o neném vem, porque o puerpério, na primeira fase ali dos 15 dias, entre os 5 e os 15 dias, vai com a enfermeira. Se ele tem dúvidas, ela me chama. Sem tem uma cicatriz de cesárea alterada, se tem uma dor eles sempre me chamam, mas o padrão de rotina, eu vou ver em 30 dias. Aí com 30 dias eu vou tirar dúvidas de amamentação e vou orientar como é que funciona a parte de anticoncepção da próxima gestação, mas aí é com 30 dias. Porque é quando a gente consegue colocar o neném para vir com 30, o neném vem lá do teste do pezinho e depois 30 dias ele vem comigo, daí a mãe vem junto onde é orientada a coisa do planejamento e tira as dúvidas em relação à pelve.

Ent: E esse planejamento, o que é mais, demandado, o que é a maior procura para a anticoncepção?

M05: a maior procura é anticoncepcional hormonal, na verdade eles vem querendo uma prevenção e a grande maioria acaba sendo orientada ou com progesterona oral ou com progesterona injetável. E isso é a grande maioria. Algumas ficam com preservativo, algumas, só. A maioria é anticoncepcional oral ou injetável. Outra a gente consegue direcionar para o DIU. Por exemplo, essa menina do Down que eu falei ela queria colocar o DIU. Mas tinha que esperar a ida ao gineco, mas já estava pensando no DIU. Então são os 4 caminhos: ou é aquela que não está tendo relação porque não tem o companheiro permanente, foi uma situação...daí essa fica sem preservativo, se for o caso. Mas a maioria é anticoncepcional hormonal. Um ou outro DIU.

Ent: e esse encaminhamento para o DIU, como é que funciona?

M05: Já faz aqui, direciona para a nossa regional. Ou a maternidade, que quando é puerpério eles colocam normalmente com 3 meses é a data e boa para colocar. Geralmente quando vai lá já fez preventivo durante a gravidez e aí quando vai na nossa regional, coloca o DIU, é bem tranquilo.

Ent: Você disse também que a tua comunidade não tem tanta mulher em idade fértil, né?

M05: isso...

Ent: Mas eu quero crer que tem uma procura para métodos contraceptivos mesmo fora do período puerperal, né?

M05: sim

Ent: O que é maior a tua procura aqui?

M05: A procura maior é o anticoncepcional oral. Daí tem o injetável mensal, que tem uma quantidade hormonal menor que o trimestral, mas a grande maioria é oral e depois o injetável mensal. Preservativo é pouco, eles associam, as meninas mais jovens, que começam... a gente tem aquela demanda das meninas bem novinhas que começam com 14 anos que começou a atividade sexual e vem para o posto pedir orientação. Então é uma demanda interessante... elas vêm bastante. Elas vêm para o posto pedindo orientação e aí já estão começando a atividade sexual e já estão querendo saber da anticoncepção. A maioria destas a gente está fazendo o oral, orientando muito com relação às DST, que não abandonem o preservativo, solicitar para o parceiro, que não abram mão disso, que o risco ainda é muito alto e que não tem aparência de DST... A tendência natural é parar o uso de preservativos

quando o usa o anticoncepcional. Não é sempre que elas vão manter não, mas a gente faz o oral que a gente tem no posto. A tendência é fazer o que tem no posto, que a dosagem é de 0,30 (mcg).

Ent: e essa escolha do anticoncepcional, como ela ocorre na tua consulta?

M05: eu tento usar a menor dose, então primeiro eu tento o preservativo, então se a jovem ela tem relações eventuais, eu falo para ela: se é eventual a relação, tenta ficar com o preservativo e usa. Se o namorado não sabe usar, avisa para ele que ele tem que aprender a usar sozinho, porque às vezes eles não sabem disso. Eu pergunto na consulta: é eventual, você já está com namorado fixo... Se está com namorado fixo, daí eu associo... "Ah não estou tendo relação semanal, ou mais de 1 relação por semana, daí eu associo". Daí eu não deixo só com o preservativo não. Das orientações, eu falo com elas da menor dose, mas daí tem a menor dose que eu tenho no posto gratuita e tem a menor dose que pode comprar. Como pra comprar teria que ter a garantia da entrada de dinheiro, eu oriento a ficar com o nosso e daí oriento com relação à mama, por exemplo, que a mama faz uma mudança grande na menina nova, né..., daí eu oriento que se tiver com dor, se estiver muito pétreia, que ela volte que a gente troca, que pode ser do anticoncepcional. Falo da dor de cabeça, falo da náusea que vai adaptando na maioria das vezes, mas se tiver dúvida que ela volte que a gente troca. E falo, pergunto se tem alguma enxaqueca, que às vezes tem enxaqueca que dá uma piorada com o anticoncepcional. Para a jovem eu tento oral. Não uso medroxiprogesterona direto, porque ela retém muito líquido e eu acho... na nossa realidade, eu acho que dá para conversar como é que usa a cartela, entende? Ainda vou pela menor dose hormonal. As mulheres que já têm filhos ou que já tem atividade sexual e não é aquela adolescente que está iniciando, a maioria gosta mais do injetável mensal, que não precisa se preocupar com o comprimido e a dose não é tão alta, então a maioria fica com o injetável. Uma outra parte, que também é grande fica com o comprimido. Eu tenho uma minoria com o injetável trimestral, mais o pessoal acima dos 40, 45 anos, para não ter muito sangramento acaba ficando com trimestral. Mas a maioria fica com oral ou injetável mensal. Um ou outro DIU, poucos, mas tem um outro DIU que já vem... tem a vasectomia também que a gente tem a família que já tem dois filhos, daí sabe do programa de vasectomia, daí sabe, aí já recebeu orientação ou por mim ou pela (nome da enfermeira) que tem e daí a pessoa já vem com o neném e já vem falando se animando pra fazer, já trazendo o parceiro... tivemos um mês passado, já querendo entrar no programa da vasectomia para não precisar usar medicação hormonal, daí vai pra vasectomia.

Ent: Como que tu percebes a rede da vasectomia?

M05: A rede da vasectomia tem funcionado bem para a gente. A gente vê lá os documentos. A (nome da enfermeira) vê isso, passa para mim, está no protocolo: 2 crianças, acima de 25 anos, a gente preenche, vê se não tem nenhuma doença grave, assino, vai para a assistência social, vai para a uro e em 6 meses está feito. E garante para a família. Está funcionando.

Ent: e vocês têm a demanda para laqueadura?

M05: Pouquinho, mas de vez em quando aparece. Teve uma há pouco tempo que queria uma laqueadura... era uma menina que tinha até um pouco de deficiência mental e aí a gente pediu para ir na maternidade, falar com a assistente social e ser autorizada. No final ela nem foi, mas a maioria das vezes a laqueadura está muito relacionada com aquela pessoa com algum nível cognitivo confuso e que não quer a vasectomia o marido, ou não tem aquele parceiro tão fixo... tem pouca necessidade da laqueadura.

Ent: e a rede, como tu percebes?

M05: a laqueadura é bem difícil, eu acho. A laqueadura é rara conseguir, é muito, muito difícil. Nesse tempo todo que eu faço o SUS, algumas eu consegui naquela época que a gente mandava para a maternidade porque já tinha cesárea anterior, já tinha mais de 3 ou 4 filhos e a pessoa queria muito, e tinha indicação de cesárea e ela tinha que deixar todos os papeis assinados antes do ato e aí naquela época podia e agora não pode mais. Então assim, eu acho que é bem mais difícil. A gente está direcionando bem mais para a vasectomia. Sabe, se o casal concordar, a gente consegue muito mais rápido a vasectomia.

Ent: Tu tens... eu imagino que pela tua população tu deves ter bastante procura por questões do climatério...

M05: Sim, temos...

Ent: Como que é a tua vivência?

M05: O climatério é um desafio, porque assim... eu falo desafio porque tem várias alternativas, mas nenhuma é excelente, porque não tem a melhor alternativa. A melhor alternativa depende da pessoa, entende? Porque ó: a gente tem o estrogênio e a progesterona no posto. A gente consegue fazer a mamografia, consegue fazer os exames anteriores... só que assim: é sempre custo-benefício e o mal-estar da pessoa, como ela vai estar se adaptando, porque você repõe o hormônio, só que daí te que supervisionar um monte de outras coisas e aí é a adaptação com o hormônio é boa por um lado, mas daí a adaptação com um monte de outras não é muito boa. Então eu acho bem desafiador. Eu não



reponho e a minha primeira escolha é não repor. A minha primeira escolha é tentar aliviar sintomas. Então, num primeiro momento eu não reponho. Se eu for repor eu reviso isso tudo e eu combino com o gineco. Mando no gineco e peço para ele repor. Até uma ou outra situação eu já repus, mas eu prefiro não repor, prefiro diminuir sintomas, mesmo que eu use uma Paroxetina, uma Venlafaxina se a paciente tem alguma situação de sofrimento junto, de angústia... daí eu opto para tirar os fogachos com uma dessas medicações, ou com a valeriana, ou com beta bloqueador em baixa dose... e não reponho. Agora, eu sei que é um desafio e vai depender muito da tolerância da mulher... querendo ou não eu peço ajuda do gineco, porque eu fico... porque assim é muito individual o sofrimento.

Ent: te aparece queixas com relação à sexualidade mesmo?

M05: aparece!

Ent: Tanto homens quanto mulheres...

M05: É aparece tanto homens quanto mulheres. Aqui eu tenho uma demanda muito grande de homens, então, como eu tenho muito crônico: saúde mental, paciente que usa medicação de depressão, paciente com diabetes e hipertensão... daí acaba diminuindo a libido e acaba diminuindo a potência. Eu acabo tendo mais homens com queixa de disfunção erétil do que mulher com queixa de dispareunia ou baixa de libido... por incrível que pareça, eles trazem essa demanda... Daí assim eu normalmente vejo toda a parte de próstata, do que está acontecendo e em algumas situações eu tenho feito... faço uma parceria com a uro até encaminho, mas a uro é muito difícil, aí faço com a gineco que é muito mais fácil que é na regional. Daí eu tenho experiência com Trazodona para aliviar a parte de ansiedade e com Tadalafila com dose baixa diária que dá uma boa melhorada e assim, se não tiver nenhum risco cardiovascular grande dá para fazer... então eu uso esses dois e tenho tido... e trabalho também com a parte da ansiedade e depressão e tenho tido resposta boa. Eu tenho muitos homens que acompanham. Com as mulheres é um pouquinho mais difícil, porque você trabalha a ansiedade e a depressão, mas aí tem que ir para a terapia. Porque o homem é mais reto, porque se ele melhorou a ereção ele já está satisfeito. A mulher precisa ir para a psicoterapia para um monte de outras coisas para melhorar a sexualidade e a psicoterapia para a gente é difícilima, né? Porque a (nome da psicóloga) é uma só para todos nós. Então a (nome da psicóloga) é ótima, mas é uma só. Então, mesmo você orientando, fazendo alguma coisa aqui, é pouco

Ent: E com relação à infertilidade, já te apareceu?

M05: Infertilidade aparece pouca, mas aparece de vez em quando. Daí eu faço parceria com a gineco. Daí a gente faz aquela parte assim... porque às vezes aparece aquela situação: "Ah, estou há 6 meses querendo engravidar", mas é muito pouco tempo que parou o anticoncepcional e está tendo atividade sexual, daí a gente faz preventivo e exames gerais e orientação. Ali muitas com 1 ano, 1 ano e meio engravidam. Tem algumas que não engravidam, daí a gente pede para gineco investigar um pouquinho. Faz o ácido fólico já, que já ajuda... emocionalmente já está se sentindo com alguma coisa a mais uma proteção a mais. Mas é basicamente é isso que eu faço: eu investigo, vejo se tem DST, vejo preventivo, falo sobre o marido, vejo se o marido, quanto tempo ele já fez exame... vejo se o marido já fez espermograma, porque às vezes eles não fazem... daí ofereço pra vir, se quiser vir, marca, vem, a gente faz o espermograma para poder orientar e faz a orientação. Se persiste, 1 ano, 1 ano e meio sem gestar, daí eu mando para o gineco continuar a investigação.

Ent: E a partir daí tu sabes como funciona?

M05: Aí eu não sei bem em termos de estimulação... o que eu percebo, porque depois elas vêm com a gente, é que aqui na gineco eles fazem estimulação. Não são todos os ginecos que fazem, mas alguns fazem estimulação ovariana...e de alguma forma tem alguma supervisão, mas eu não sei detalhado não

Ent: E as DSTs, como está?

M05: Muita! Porque aqui o bairro tem uma população com muito usuário de droga e o bairro é entrada para a BR. Mesmo que pareça um bairro só de crônicos, com os adultos maduros, mas tem um grupo enorme de jovens que usam muitas substâncias ilícitas e tem muito motel e prostíbulo porque é entrada da BR. Este bairro foi construído assim: é uma CPHAB com entrada para a cidade. Então: muita prostituição, casas de programa. Então a gente pega de tudo. Hoje: ah, uretrite, chega com secreção no pênis. Trata a pessoa, trata o parceiro, pede para tratar outros... e a gente tem muito e tem de todas... testes rápidos de HIV +, testes rápidos de sífilis +, gestante com sífilis +, porque é o comportamento de risco e no bairro tem o comportamento de risco. Então vários: condilomas... Alguma coisa a gente trata aqui, HIV a gente manda para a Unidade (Sanitária), o condiloma a gente manda para a unidade também. Condiloma com gineco a gente manda aqui, porque lá eles não estão fazendo. Mas tem bastante DST

Ent: E você tem procura com relação a prevenção de câncer de colo ou de mama?

M05: assim: elas procuram até bastante, eu acho, para a mama tem uma preocupação bem grande na comunidade. Essa mudança de padrão da secretaria para 40/50 não ser mais a rotina criou um alerta,

criou um desconforto, mas de qualquer forma a gente orienta o autoexame e dependendo do histórico familiar e de hábitos eu antecipo, mesmo que não tenha nada no exame clínico. Mas eu estou fazendo o padrão, porque até o sistema não libera. Preventivo tem uma procura grande, mas quem faz esse controle maior é a enfermeira, porque vai direto com ela. Mas a gente faz assim: deu alteração no preventivo se for um alto grau, ela já direciona para a patologia do colo, se for baixo grau ela passa para mim primeiro para ver se tem alguma coisa que possa tratar e fazer aquele de 6/6 meses. Tem bastante procura e eu acho que a população é bem atenta a isso, com relação às duas prevenções, mais até o de mama, porque tem um alerta maior mas para o outro também, mas é que o outro como é tão comum na atenção básica..., mas o de mama elas têm medo aqui e a gente tem alguns casos.

Ent: Tu já estivesses envolvida em uma situação que envolvesse aborto?

M05: olha, eu já tive situação de pílula do dia seguinte, de ter a relação e chegar pedindo orientação ou até usou e depois queria orientação para dar sequência, porque teve sangramento, ou uma menstruação mais prolongada. Então pílula do dia seguinte... já tive situação de menina de 14 anos que não tinha noção que estava grávida, mas que chegou aqui com uma barriga de 16 semanas que a gente foi orientar para ela: você está grávida de 16 semanas, seu bebê está prontinho aqui e agora é só cuidar e supervisionar, mas que despenca de emoção que estava grávida, uma menina secundarista, de ensino médio. Já tive mais de uma jovem nesta situação assim sem ter a noção que estava grávida, mas 16 semanas, ou seja: orientação é ajudar emocionalmente para poder procurar quem em casa tem uma relação de confiança para poder ser a primeira pessoa... e depois as coisas andam. Mas de pedir para fazer um abortamento ou de chegar com uma situação posta: “eu estou apavorada” e já estar naquela situação de não ter pílula do dia seguinte, eu não tive. Não tive que me gerasse o dilema do que falar. Ainda bem, porque é complicado, porque é complicado na verdade eu não conheço nenhuma orientação específica pra isso em Joinville. Eu acho que é um dilema muito próprio da mulher e ela tem autonomia para decidir. Na minha cabeça de médica, se a pessoa vier falando “eu fiz um abortamento”, eu acho na verdade que eu vou estar junto: a decisão é sua, as coisas dependem do momento de cada um. Eu acho que o abuso, aquela história do abuso, que elas tem que procurar sempre rápido para poder intervir o mais rápido possível para ter menos sofrimento quando tem violência sexual, quando tem uma exposição assim. Às vezes até tem abuso e eles chegam muito depois, mas eu não tive nenhuma situação de chegar até 12 semanas e não querendo de maneira nenhuma. Ainda bem, porque é muito ruim. Você tem que estar junto de qualquer maneira, mas é um dilema muito grande e muito pessoal. Quando você está com um amigo seu é uma coisa, quando está com o paciente é outra, porque ele é paciente e tu estás numa posição de profissional da saúde e tens que ter um cuidado muito maior. Até porque as pessoas têm as religiões, as suas crenças. Nem sempre o que você vai orientar é o que ela quer ouvir, então eu acho que a ideia é você ouvir o que ela quer que aconteça, mas é difícil, mas nunca tive uma situação dessa, ainda bem.

Ent: Já teve procura com relação aos homossexuais com relação a orientações de saúde sexual e até mesmo de saúde reprodutiva?

M05: Reprodutiva eu não tive, eu tenho de vinda para cuidados de saúde em geral e da parte reprodutiva não. Não tive nenhuma situação específica. A gente tem um posto que é meio que referência porque eles se sentem à vontade de falar no tema, então a gente tem vários... a gente fala tranquilo com relação a gênero... e obviamente, como eu tenho um feeling excelente eu ajudo a levar o assunto para deixara pessoa livres para poderem falar. E procuro direcionar os alunos e o residente para deixar a pessoa livre... porque pelo amor de Deus estamos incluindo. Em relação à reprodução não tive procura dos homo afetos. A gente tem muito para se cuidar, aquela coisa de ansiedade, tristeza, inclusão familiar, coisa conjugal..., mas assim, da reprodução, não têm trazido.

Ent: E vítima de violência: tanto de gênero, como violência sexual ou marital...

M05: Aparece, mais na saúde mental. A gente tinha um grupo de saúde mental e à princípio a gente fazia em grupo e aí lá as depressões... vira e mexe aparecia na sequência da relação, do convívio... ou quando estava individual, ou num grupo menor... Vinha a violência sexual lá na base, muitos... violência sexual de pai, violência sexual de marido... marido alcoolista que fica violento sexual ou fisicamente, tem, mas na clínica, no consultório mesmo, no ambiente de individual, pouco chega lá, entende? Você vê lá a depressão e na maioria das vezes a queixa quando está no consultório é muito mais a separação: “ah, eu estou péssima porque eu estou me separando”, mas não porque teve uma violência. Na saúde mental, quando já está com um problema mais grave, daí aparece, entende? Aqui no consultório não aparece não... aparece o sofrimento da separação, mas não da violência direto.

Ent: Tu disseste que fazia grupo de saúde mental, mas vocês têm alguma ação na comunidade de saúde sexual e reprodutiva?

M05: Não, na comunidade não temos nenhuma. Aqui dessa equipe não temos nenhuma. Já tive em equipe que a gente fazia grupo, fazia grupo na comunidade, dependendo da distância mais ainda. Mas

aqui a gente não tem nenhuma, nem eu nem (nome da enfermeira). Por não perceber que há uma necessidade na comunidade.

Ent: O que tu conheces com relação à política municipal ou as diretrizes municipais de saúde reprodutiva e sexual?

M05: Olha, no documento? Ou da fala? (risos)

Ent: do documento e da fala!

M05: Porque o documento a gente nunca recebe, né? Eu não sei um documento que existe como um direcionamento. Porque a nossa secretaria é... já estou há 23 anos na secretaria e a gente não recebe a política descrita para a gente ler e se apropriar dela. Então, se existe um documento direcionando a política municipal sobre orientação reprodutiva e sexual, eu desconheço. Eu sei dos programas relacionados ao controle das neoplasias, o programa relacionado à vasectomia, o que a gente tem de acesso à medicação para a prevenção de gravidez, mas não tem nenhuma orientação assim... daí você vai juntando de todo esse tempo que eu estou na secretaria e vai agrupando as mudanças, mas assim uma orientação formal, não tem. E eu acho isso muito ruim, porque eu acho que seria uma coisa básica, mas não tem, não conheço.

Ent: e da política nacional?

M05: Da política nacional eu vou te dizer que eu conheço... não vou dizer das atualizações porque eu não tenho procurado e eu não tenho recebido. Até recebo alguma coisa do ministério que eles mandam, eles encontraram a gente e agora eles mandam algumas políticas por e-mail, ou por face..., mas eu não tenho procurado pela política nacional relacionada a isso. Daí se tem alguma mudança... Ah, minto, eu recebi do ministério, em casa, a política relacionada à reprodução, inclusive quando teve o indicativo da pílula do dia seguinte, que eles mandaram em casa. Orientações sobre a prevenção de gravidez e um fomento em relação ao cuidado para orientação da pílula do dia seguinte, porque naquela época tinha uma prevenção muito forte para não ter essa reprodução inadequada e estava livre para se falar. Na verdade, eu achei muito importante aquilo ali, porque ainda existe um tabu em se falar na pílula do dia seguinte, inclusive de a gente trazer proposto, para a gente é um fomento muito grande a pílula do dia seguinte. E isso foi o ministério que mandou. Daí veio a política relacionada à reprodução, aos cuidados com relação à orientação de planejamento. Isso deve ter uns 4 ou 5 anos que eu recebi isso em casa e isso não era do município e sim do ministério.

Ent: Existe alguma orientação explícita ou velada mesmo da profissão que te oriente as tuas condutas em saúde sexual e reprodutiva?

M05: Como assim velada?

Ent: O que está nas entrelinhas, que seja um combinado da profissão, aqueles combinados que talvez não estejam nem escritos em algum lugar e que a gente segue...

M05: Eu acho que sigo até em saber que estou seguindo. A gente acaba lendo tantas coisas que você cria um padrão teu, mas que não é um padrão teu, é um padrão que você vai lendo e vai organizando e você cria um padrão mais dentro do que você acha coerente, mas assim se você me perguntar: o que te direcionou para aquilo, qual foi o momento de negociação da categoria ou de organização.... não teve um momento... nem um grupo específico. Mas com certeza eu tenho um direcionamento pela literatura médica e aí você vai organizando e criando teu padrão, mas com certeza não é um padrão meu, mas um padrão de muito contato com um monte de situações... situações de treinamento, de trocas com colegas e de literatura que você organiza...mas não tem aquele... ah, eu sigo aquele grupo profissional ou aquela maneira de fazer... consegue entender? Não é meu, não fui eu que criei. Você faz em cima de um monte... é intuitivo por conta de tudo que você conhece e da maneira que você se relaciona eticamente com o mundo, eu acho que isso tem muito a ver. Por exemplo, isso tudo que eu comentei contigo: eu tenho uma relação, Graças a Deus, eu tenho uma relação muito ética com o meu paciente e com o meu local de trabalho e muito cuidadoso, porque eu gosto de ser cuidada e eu gosto de cuidar das pessoas, sempre tentei na secretaria por mais espaço porque eu quero trabalhar com o cuidado, porque eu quero poder dar ao paciente o cuidado que eu acho importante, então os meus horários de consulta eu tento ter tempo, organizar, eu tento fazer com que os alunos sigam, entendam o que eu falo para poder passar ao paciente... pra mim aquele momento é de muito valor e eu vou tentar passar pra aquele cidadão, aquele aluno o máximo naquele tempo, com cuidado, eu tento primar por isso. E nesse tema específico de reprodução, eu acho que quanto mais você é parceiro e quanto mais você está passando uma atenção, um vínculo, mais a pessoa fica tranquila, mais ela vai ter seu filho tranquila, mais ela vai dividir as angústias em relação à DST, em relação à sexualidade. E por isso eu questiono e na verdade eu tenho minha postura, mas porque assim: para mim, o meu tempo é nobre. Eu venho pra cá e eu faço 8 horas de PSF há 25 anos, mas eu quero ter qualidade para poder fazer com cuidado e a pessoa me olhar no olho, que ela está me ouvindo e ver que a pessoa está entendendo o que eu estou falando, para ter algum benefício, para mim e para ela, mas principalmente para ela, porque é isso que ela está aqui para receber. Isso é o que eu vivo o tempo inteiro, na prática, não só

em relação à reprodução ao pré-natal, mas com todos os outros, entende? Essa negociação no dia-a-dia, com a secretaria pelo espaço é para poder fazer isso, para não ser massacrante e ser bom, sabe? Eu curto o que eu faço e já estou esse tempo todo... eu quero acabar curtindo, quero me aposentar curtindo, porque daí você tem qualidade no seu tempo.

Ent: Existe alguma coisa que a teu ver se mudasse na política nacional ou melhoraria o seu dia-a-dia?

M05: Com certeza, eu acho que o mais importante, por incrível que pareça, não é foco: é redimensionamento. Eu acho que o saúde da família faz esse suporte fantástico. Eu acho que tem que redimensionar. Porque o profissional que tem boa intenção, que está ali, ele tem competência para fazer muita coisa e ele é o grande diferencial, a equipe. Mas se ele tiver tempo para fazer, ele vai fazer milagre, entende? E o milagre nem é ter o orientador descrito, é ótimo, mas eu tenho quase certeza que a maioria que está no saúde da família hoje, que está fazendo atenção primária, ele já tem o orientador, ele precisa ter aquele orientador para ajudar um pouco mais, mas se ele tiver o tempo, ele vai fazer milagre, o que poderia fazer o diferencial na minha maneira de pensar, 100% é as pessoas estarem no seu ambiente de trabalho, com qualidade de espaço e com qualidade de tempo, porque esse vai fazer a grande diferença. Não é difícil fazer a orientação, não é difícil fazer o vínculo, não é difícil você demonstrar que aquela pessoa tem valor, que pode perceber seu valor..., mas você precisa ter tempo para valorizar aquilo. Portanto, se tem uma coisa fundamental que iria fazer mais diferença que o saúde da família já faz, é o redimensionamento de equipes, para que as pessoas tenham tempo de lidar com sua comunidade e sentir a realidade da comunidade, realidade do continuado, sabe, do longitudinal. Por exemplo: uma menina engravidou, por exemplo essa de 14 anos, se você dar acolhimento, se você dar o apoio, ela vai vincular com o bebê, ela vai pedir apoio na família, ela vincula contigo, ela vai vir aqui e ela vai pedir seu apoio sempre, entende, mas você precisa do tempo para orientar essa menina, como quase tudo. Sinceramente, em Joinville, especificamente, a gente tem os anticoncepcionais, a gente tem uma maternidade que pode ter seus problemas, mas a gente tem uma maternidade bem estruturada, a gente tem rede de gineco e obstetra para apoio e não é tão difícil assim, acho que a gente tem uma estrutura muito boa, agora o que a gente precisa é que a atenção primária esteja redimensionada e isso faria a grande diferença. Eu estou te falando de uma realidade, mas eu estou em uma estrutura que eu vim, e vim numa época muito enrolada, mas eu sabia que eu conseguiria estruturar. O Jardim Paraíso, por exemplo, não quero detalhar que não vem ao caso, tem 6 equipes, por mais que a galera faça, é assim: 50% é enxugar um gelo que não vai secar nunca e 50% fazendo a coisa séria e tentando fazer. Mas daí muita coisa se perde porque é muita coisa, entende? Tem como resolver isso? Claro que tem! É redimensionar, é investir onde precisa, precisa mais rede, tem que ter mais porta... profissional a gente tem e a gente vê que chega gente querendo fazer, então, se redimensionar, acho que vai ter muito mais chance de fazer o que tem que fazer. Porque a maioria sabe o que tem que fazer. Então na minha opinião, esse tempo todo que eu tenho de saúde pública, eu acho que é redimensionamento. E o foco do médico de família deve ser a qualidade do ser humano, o cidadão tem que ser digno e a gente tem que mostrar que ele é digno e a gente tem que repor isso pra ele, em relação a tudo e daí saúde e doença junto, mas quando você mostra dignidade atende a pessoa com calma e mostra e consegue conversar, você está repondo isso. Claro que daí tem a cascata social para fazer isso, mas se na saúde a gente consegue fazer, ele se resgata. E isso a gente tem como fazer. E o custo não sai tão alto. É não gastar com uma coisa e gastar com outra.

Ent: e sai muito mais barato no final

M05: não, sai muito mais valoroso. Pro valor que é sai baratíssimo, né: porque o valor que você resgata.

Ent: e de tudo isso que a gente falou: ficou ainda alguma coisa que tu consideras importante e que a gente não foi mencionada e que você gostaria de colocar?

M05: Não, na verdade eu acho que assim: quem faz assistência sente na pele como, o que acontece e o que poderia fazer de diferente. Eu acho que o que não acontece, mas que poderia fazer um grande diferencial, mas que não se tem interesse para fazer isso, é puxar as pessoas da assistência para ajudar na decisão e das definições políticas, porque quem sabe e que quer fazer assistência é que sabe diretamente o que poderia direcionar. Então eu acho que ter mais equipes é importante, mas se tivesse uma parceria mais real, com certeza ia fazer uma grande diferença, mas daí tem muita política e pouca intenção boa, mas eu acho que é isso.

Entrevista: 110418M06

Ent: Tu poderias me descrever de uma maneira mais completa e abrangente possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

M06: Difícil descrever, né, mas, de uma forma mais abrangente a gente faz todas as etapas, atende a todos que buscam o nosso serviço. A gente não chega a ter uma atuação naqueles que não vêm muito à unidade, mas todos que procuram a gente faz um trabalho em equipe. Aqui a gente trabalha muito

em equipe, então essa parte é tanto abordado com a equipe de enfermagem como com a minha parte médica.

Ent: e desses que te procuram, o que mais aparece para vocês?

M06: de saúde sexual e reprodutiva? ah é um pouco de tudo. Tem as gestantes, que tem um fluxo constante, tipo sai uma e entra outra, enfim... a gente tem a questão dos adolescentes, a questão do anticoncepcional. Eu atendo bastante adolescente que a mãe está preocupada, que está entrando nessa frase. Até pré-adolescente, de 11 ou 12 anos que a mãe está preocupada e vem para uma consulta para saber se é normal, ou não, daí eu já começo esse trabalho de saúde sexual nessa idade, tanto com os meninos que procuram quanto com as meninas e mais pra frente acaba ficando mais com as mulheres na questão de anticoncepcional e planejamento familiar. É difícil quando vem os dois para buscar a informação. Acaba ficando a cargo das mulheres.

Ent: Nessa procura dos adolescentes, qual a queixa mais comum que eles apresentam?

M06: Na verdade eles não trazem isso como uma queixa, eu que acabo abordando. Geralmente eles vêm por outra coisa, questão de desenvolvimento, ou tem algum tipo de rebeldia em casa e a mãe está preocupada, querendo fazer algum exame e eu já abordo da adolescência e da sexualidade e também de às vezes, eu vejo um pouco a família, para ver como a família se comporta pra ver até que ponto eu vou, para não transgredir nenhuma moral da família. Eu sempre me coloco à disposição, se quiser voltar, se tiver alguma dúvida, para conversar em casa e se tiver alguma dúvida a gente está à disposição para conversar. Quando é um pouquinho mais velho, 15/16 eu já oriento que se quiser conversar a sós, a gente pode conversar a sós, enfim, quando eu vejo que tem algum tipo de resistência eu digo para a mãe: você agora pode aguardar ali fora um pouquinho para eu conversar a sós e a gente finaliza essas questões.

Ent: com relação ao planejamento reprodutivo ou planejamento familiar, o que mais te procura?

M06: O que eles estão procurando muito é que ano passado a gente começou a colocação do DIU e no começo vieram poucas, por “ah, não sei se quero colocar, por causa dos riscos”, então viram poucas. Mas esse ano a gente já colocou muito mais do que a gente colocou o ano passado inteiro, em 3 meses, já ultrapassou o que a gente tinha colocado o ano passado. Então, elas têm vindo muito perguntar sobre isso e até no final da gestação elas já estão perguntando quando que elas podem colocar, como que elas podem fazer, como que funciona, então no momento tem vindo mais isso, mas sempre tem as outras coisas. A gente tem muito a questão de DST. A gente tem a questão de sífilis, que surgiu muito, então a gente está tentando abordar rápido, fazendo os testes rápidos... a minha enfermeira é muito ágil. Então o pessoal vem por qualquer outra queixa e ela já faz os testes rápidos na hora, já... então a gente tem pego bastante questão de sífilis, sífilis secundária principalmente, a gente pegou algumas primárias. Eu percebi que esse ano vieram alguns homossexuais, também, então eu não sei se... alguém passou em alguma consulta e acabou falando para os outros... Eu não sei, mas eu percebi que teve mais essa procura. Tem bastante teste rápido que o pessoal pede...

Ent: E essa escolha do DIU, é sempre da paciente?

M06: Não, quando a pessoa vem “eu queria saber sobre anticoncepcional”, ou a gestante ganhou bebê e eu vou explicar sobre os métodos e eu já ofereço o DIU eu já explico e ela que vai optar pelo sim ou pelo não. Os outros médicos que trabalham aqui não fazem a inserção, só a minha equipe que faz, então acaba que quando eles percebem alguma demanda de DIU, eles mesmos já têm a autonomia para agendar para mim para a gente fazer a colocação.

Ent: E desses outros métodos, o que é a maior procura?

M06: os injetáveis, muito mais do que pílula. Pílula é um ou outro que quer e ultimamente quase todo mundo no injetável.

Ent: E tu percebes que é uma demanda delas pelo injetável?

M06: Sim, é uma demanda delas. Eu explico as vantagens e desvantagens, elas querem saber se é tão seguro quanto o outro... eu acho que elas estão optando pela facilidade. A maioria fala “ah, eu esqueço / já tentei não me adaptei”, então a maioria acaba optando pelo injetável.

Ent: Tu tens alguma demanda para a esterilização cirúrgica?

M06: tenho, algumas, mas não tem no município, mas é bem complicado. Ontem a minha enfermeira falou “conversei com alguém lá da secretaria e realmente não tem fluxo para a laqueadura, a não ser que...” Eu tive uma gestante esse ano... não uma gestante não, eu tive uma mulher esse ano e ela falou assim: “eu queria engravidar porque daí eu sei que eu consigo uma laqueadura”. Então eu quero engravidar do meu 4º porque daí na maternidade eles fazem, porque é o único lugar que eu saiba que eles fazem. E isso pra mim foi muito chocante, eu falei: olha, a gente tem outras opções... a gente tem o DIU, que tem a duração de 10 anos, talvez seja uma opção do que engravidar de novo... e ela falou “que ótimo, e coloca aqui? Então vamos fazer!”. Eu tive uma esse ano também, sei lá, no 8º filho e não aceitava fazer laqueadura, e foi bem complicado assim...

Ent: E para a vasectomia?

M06: Vasectomia a gente tem alguns, mas a procura é bem menor...

Ent: e quem te procura mais, para planejamento é a mulher ou o homem?

M06: acaba sendo a mulher e o homem geralmente vem obrigado: “vai fazer a vasectomia!”, um ou outro que vem assim...

Ent: e para a colocação do DIU, como tu percebeu a rede?

M06: Ah foi bem difícil. Eu venho de (nome da cidade) e a gente fazia muita coisa na unidade, desde eletrocautério até pequenos procedimentos e colocação de DIU. Então quando eu cheguei aqui: ah, então vamos fazer, cadê o material? Ah não, não tem nada. Ah ta..., mas para quem eu peço? Pra onde que eu vou. A minha enfermeira que também é da estratégia, veio de um município que também tinha esse fluxo todo e aí a gente resolveu ir ao almoxarifado, porque até então a gente não tinha área e estávamos de reserva técnica. No almoxarifado eu peguei todos os materiais necessários, eu trouxe para cá, a gente limpou, esterilizou... Tinha coisa dentro de caixa, nunca usado... Daí a gente trouxe tudo, até a gente conseguir... Essa foi a primeira etapa. A segunda foi conseguir os DIUS, tive que pedir, e pedir de novo... até que veio e depois disso teve um fluxo e até agora não tivemos mais problemas de fornecimento, quando precisou a gente pegou emprestado de outra unidade...

Ent: Com relação ao pré-natal, como tu percebes a rede do pré-natal?

M06: Assim, da parte da unidade até que funciona bem, não tem nenhuma queixa, aqui na unidade é bem tranquilo, consigo agendar os retornos, se tem alguma queixa eu consigo atender na hora. Eu vejo que a Maternidade é um pouco mais difícil... eu vi que em alguns casos eu precisava só tirar uma dúvida clínica e eu ligava na maternidade... ou eles mandam encaminhar pra lá e eles falavam: “por que está perguntando?” e desligam o telefone na cara. Ao invés de facilitar, ao invés de eu ter que mandar o paciente pra lá... eu estou diminuindo o trabalho deles. Ou eles pegam o trabalho para eles, ou eles me xingam e desligam o telefone. Então é bem complicado. Outras vezes a gente manda na maternidade e volta: tá e daí? “ah foi péssimo, não gostei do atendimento que eu recebi, todo mundo ficou fazendo toque em mim, ou me deixaram horas, não tinha comida, não tinha nada. Então assim: eu vim para o município e me disseram: Ah a maternidade é muito boa, é uma maternidade de referência, mas nos últimos anos piorou muito. As gestantes não têm...

Ent: Tu tens a vivência do puerpério? Como é pra ti?

M06: É aqui a gente faz a primeira visita em casa, aquela visita de 7 a 10 dias, que a gente recebe a DN, com a DN em mãos a gente vai na casa e faz a primeira visita. Daí eu aproveito e examino a gestante e o bebê junto, até porque eu acho que a unidade é um lugar contaminado para o Recém-nascido. Às vezes quando vem fazer um teste do pezinho, e por algum motivo... a gente já aproveita e já faz quando vem fazer o teste do pezinho. Mas na maioria das vezes eu vou na casa. Eu até prefiro, porque daí eu já consigo ver onde que o bebê está dormindo, como está essa relação familiar, quem está ajudando, se é uma avó, ou se está sozinha, ou... Vejo essa dinâmica. Daí no puerpério tardio, ali pelos 40 dias, que a gente sai dessa visita, a gente já agenda a próxima... daí já finaliza essa questão de puerpério. Nessa primeira visita na casa eu falo um pouco sobre o anticoncepcional, daí na consulta de 40 dias, eu finalizo, ela já sabe das opções, ela vem para concluir “eu quero colocar o DIU” e a gente coloca, ou eu quero o injetável... a gente encerra esse assunto no puerpério tardio.

Ent: tu tens alguma demanda com relação a climatério?

M06: Muito.

Ent: E qual a principal demanda delas?

M06: os calorões... os fogachos, uma ou outra com questões urogenitais, com a pele mais ressecada, ou essas infecções urinárias “frequentes”, que daí a gente vai ver que não é uma infecção e sim uma questão do climatério. Eu pessoalmente não gosto de reposição hormonal... então eu acabo usando um fitoterápico ou uma paroxetina mesmo, enfim. Acabo atendendo bastantes, mas sem tratar como uma doença e sim um processo fisiológico.

Ent: Tu já estiveste com algum caso que envolvesse infertilidade?

M06: Já tive alguns, alguns aqui inclusive, uma moça que estava há 7 anos tentando... mas eu não vejo no município... eu nem sei muito bem pra quem encaminhar, o que fazer... eu encaminhei para o gineco de referência da unidade, mas também ela acabou nem vindo mais, nem sei o que foi feito. Mas a gente faz os exames iniciais faz uma abordagem inicial, peço o espermograma para o parceiro e faz os exames enfim..., mas não tem muito fluxo que eu veja ou que eu saiba.

Ent: Com relação ao aborto, você já esteve em alguma situação que envolvesse aborto?

M06: Já, muitas vezes elas acabam vindo depois que tudo já está resolvido, então não tem muita comunicação da maternidade com a gente em relação a isso. Então é quando ela falta na próxima consulta que a gente faz a busca ativa que a gente fica sabendo. Ah teve o aborto ou foi na maternidade e teve que fazer curetagem... Semana passada eu tive uma paciente que fazia acompanhamento no CAPS, engravidou, teve um aborto retido, internou e descompensou na maternidade e ninguém avisou ou ligou, ela veio com uma demanda de renovar receita e estava completamente mal. O pessoal lá da

frente viu, me avisaram e a gente já acolheu no mesmo dia, mas também não vejo contra referência. Eu tive ano passado 2 óbitos fetais, um com 8 meses e outro com 9 meses, também foi uma situação bem complicada. Até hoje uma dessas que perdeu não vem mais na unidade, não conversa mais com a gente, porque ela de certa forma acha que a gente foi culpado. Porque ela chegou na maternidade... a gente examinou ela numa quinta e sempre que chega no final eu vou orientando os sinais de alerta, quais são os sinais que tem que ir pra maternidade... e chegou lá no final da gestação ela veio numa quinta ela veio numa consulta de pré-natal e estava tudo bem. Eu sempre faço questão que elas ouçam o coração do bebê, explico, ela sempre tinha umas dores, ela acompanhava no alto risco por questão da idade e ela tinha essas dores inespecíficas. A gente investigou e não achou nada. Ela veio numa quinta e sábado ou domingo ela foi na maternidade, e ela e daí lá diagnosticaram o óbito fetal e falaram: "Ah esse bebê já está morto há mais de 5 dias". Então pra ela, como que aqui a gente tinha ouvido 2 dias atrás e o bebê já estava morto e a gente não percebeu que o bebê estava morto. E sinceramente não estava morto, pois se tinha BCF e estava tudo certo..., então assim a maternidade ali acabou o vínculo que já era meio frágil, acabou e ela nunca mais veio. Alguns familiares ainda vêm, eu sei dela indiretamente, mas eu nunca mais vi.

Ent: E com relação assim, você já teve alguma demanda com aborto voluntário?

M06: Voluntário, não, deixa eu pensar. Eu tenho uma gestante agora que gostaria de abortar, ela não queria a gravidez, que não foi planejada, ela tem uma grande dificuldade de aceitação. Mas apesar disso, ela vem, faz os exames, vem nas consultas de pré-natal, fez ultrassom. Aos poucos a gente foi trabalhando com ela e ela está melhor assim. Mas de ter feito, nunca.

Ent: Alguma vez já parou para pensar se alguém te procurasse te pedindo, ou que já tivesse feito...

M06: eu tive um preceptor na residência que ele recebeu o apelido no município onde ele morava de doutor aborto. Porque diziam que ele fazia aborto. No fim ele reverteu a situação, ele era ginecologista antes de ser médico de família, ele se aproveitou da situação porque daí o que acontecia: todas as mulheres que queriam aborto, vinham com ele, então, ele acabava começando o pré-natal, dava tudo certo, ele tinha um fluxo para as mulheres que não queriam ter o bebê. Ele tinha uma rede de apoio por trás. Ele não era o médico do aborto, na verdade ele evitava o aborto. Ele me ensinou algumas estratégias tipo: pedir um ultrassom para primeiro ver se está tudo certo com a gravidez, porque daí ela ouve o coração do bebê, pede um acompanhamento um pouco mais próximo e aos poucos você vai dando o tempo também de ela processar tudo que está acontecendo. Também, é só essa estratégia que eu usaria. Não sei se dá pra encaminhar.

Ent: Vocês têm a demanda para a prevenção de câncer de mama, de colo de útero?

M06: acaba ficando mais a cargo da enfermeira. A gente acaba abordando se o preventivo está em dia, se a mamografia está em dia, mas por questões logísticas, eu acabo deixando mais a cargo dela. De vez em quando: vou fazer um exame ginecológico e faz tempo que ela não faz, eu já coletei, mas senão, eu não tenho um horário da agenda para fazer a coleta. Também se eu vejo que a agenda está cheia, eu peço a mamografia, o ultrassom, mas de uma maneira geral eu deixo com a enfermagem. É muito burocrático, tem que entrar no SIScan e preencher todas as folhas. Eu acho assim: no mesmo tempo da consulta eu acabo preenchendo papel, então fica a cargo da enfermagem.

Ent: tens a procura de homossexuais para a orientação e saúde sexual ou mesmo reprodutiva?

M06: reprodutiva eu nunca peguei, sexual vem, mas não é muito, um ou outro... eu vejo que acaba vindo mais casais homossexuais, vem um parceiro, daqui a pouco surge o outro parceiro, sabe? Ou se tem alguma queixa íntima, alguma lesão, se quer investigar... acaba ficando muito atrelado aos testes rápidos.

Ent: e vítima de violência: física, sexual ou de gênero?

M06: De gênero: esse eu acho que é uma falha nossa. Eu vejo que vem pouco, sabe? Às vezes a gente até sabe de alguma situação, um ou outro acaba falando, mas geralmente quando o problema já está resolvido. Dificilmente elas vêm enquanto o problema está acontecendo, ou eles, enfim, vêm quando tá acontecendo a violência. Geralmente é depois que a pessoa já processou, já aceitou o que aconteceu, já recebeu algum tratamento, daí é que elas contam, mas não tem muita procura assim. Eu já atendi nem tanto aqui, mas já atendi mães que tinham medo que as crianças tivessem sofrido algum abuso, enfim. E de gênero é difícil as pessoas aceitarem que estão sofrendo violência. Muitas vezes a mulher sofre alguma violência física, ou um homem que sofre violência física da esposa, mas são coisas muito isoladas, mas eles acham que é assim mesmo, que a vida é assim... Geralmente já vêm de uma família que tinha alguma forma de abuso.

Ent: e essas crianças que a mãe procurou por suspeita de abuso, como é que tu percebeste a rede? Como foram os encaminhamentos.

M06: Em Joinville eu acho que eu só peguei uma, em (nome de outra cidade), tinha toda a estrutura, então a gente tinha todo o fluxo de encaminhamento. Aqui eu encaminho à emergência. Primeiro eu conversei com a criança, depende um pouco do que a mãe traz eu examino ou não, ou do que a criança

fala. As vezes que eu precisei eu encaminhei ao hospital, porque eu não sabia para onde mandar e a gente faz a ficha de violência e manda para a epidêmiô.

Ent: Vocês têm alguma ação na comunidade com relação à saúde sexual e reprodutiva?

M06: Só o grupo de gestante, só... a gente fez umas ações na feira de artesanato que tem aqui no bairro, de teste rápido, de sífilis, daí orientava um pouco..., mas não tem muito.

Ent: e dessas ações vocês perceberam que foi uma demanda de vocês ou da comunidade?

M06: demanda da gente. Na verdade, não foi nem uma demanda da gente, mas é porque tinha uma campanha da hepatite C e daí a gente aproveitava e fazia o de sífilis porque a gente viu que tinha um pico, um surto mesmo... assim, daí a gente acabou fazendo. Mas não foi uma demanda da comunidade.

Ent: E quais são as estratégias que vocês usam nos grupos de gestante?

M06: Na verdade o grupo é geral da unidade e não fica a cargo da minha equipe. Fica com a outra enfermeira e eu nem saberia te dar maiores detalhes. Esse ano que a gente vai começar com o da nossa equipe porque a gente percebeu que vem muito pouca gente, então a gente está tentando mudar a estratégia, personalizando um pouco, indo individualmente se a gente consegue aumentar o número, mas está começando agora.

Ent: Disso que a gente conversou, qual a maior dificuldade que tu percebes?

M06: Pra mim, é a questão da maternidade, pra mim é o mais complicado. Porque o resto a gente consegue dar um jeito de pedir uma ajuda e acabar resolvendo. Uma coisa que a gente não falou foi do laboratório, porque às vezes eles fazem exames que a gente não pediu, mas às vezes elas acabam fazendo exames que a gente não pediu... ou não fazem o que foi pedido. Mas o que eu vejo que essa falta de fluxo com a maternidade é que acaba dificultando. E o nosso ginecologista da rede é uma pessoa mais complicada, então geralmente elas vão e não querem mais ir, daí fica complicado.

Ent: Como foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva?

M06: então, eu acho que na graduação a gente tinha disciplinas a respeito desse tema, então até que foi legal. Eu tinha uma amiga que gostava muito do tema, acabou virando psiquiatra, então ela gostava muito e a gente acabava discutindo muito o assunto. Na residência eu pude aprimorar um pouco a abordagem, porque é um tema mais difícil, as pessoas têm mais tabus por trás e na residência foi ótimo para aprender e fazer. Não digo que sou muito boa em relação a isso... ah uma coisa que eu não falei antes: vem muitos homens. Geralmente eles passam por uma consulta e depois eles voltam para ver as questões sexuais. Então eu atendo bastante, tanto mulher na menopausa quanto homem com alguma disfunção.

Ent: e a demanda deles é mais a disfunção?

M06: Sim, mais a disfunção. É tive alguns, estou com 60 anos, tenho um relacionamento extraconjugal e essa quer engravidar. E aí, eu posso ainda engravidar alguém? Daí eu pergunto se já usou camisinha alguma vez? Não nunca usei, então vamos ensinar, já peguei e mostrei. Então eles vêm, mas não tanto para a questão reprodutiva e sim sexual mesmo.

Ent: existe alguma rede que dê apoio para essas queixas deles?

M06: Eu acho bom que pelo menos eu posso pedir um ultrassom de próstata, e acabo encaminhando ao urologista. Demora muito a consulta, mas pelo menos eu tenho um fluxo assim eu consigo encaminhar.]

Ent: o que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

M06: Ah, nada. Eu não sei as políticas de nada desse município. Eu cheguei aqui e falaram: pode começar! E eu: ah, então tá bom... e daí tanto que nossa várias vezes eu já quebrei a cara. Tipo assim, fui na casa, fuge um pouco do tema, mas é relevante. Fui na casa e eu tinha ido 2 vezes na visita domiciliar e não tinha nenhum adulto. Eu agendei uma visita para segunda feira que os adultos estariam em casa. Ela tinha falecido naquele interim e ninguém sabia da família. Então eu vou voltar para a unidade, fazer uma DO e já pode chamar a funerária. Daí eu chego aqui e a gente não pode emitir DO na atenção primária. Como assim, não pode? É federal o protocolo! Mas aqui tem outro fluxo. Então assim os fluxos eu vou descobrindo conforme eu precise deles. Na intranet tem os documentos, mas daí assim, tem de 2005, de 2011, de 2016 e você não sabe metade... está em um, outra metade está em outro, mas não e desse jeito, mas não é mais assim, mudou...Eu acho assim, bem complicado.

Ent: e da política nacional?

M06: Então, da política nacional eu confesso também... eu sei aquelas coisas que a gente acaba usando mais, a gente acaba indo atrás. Mas eu não sei detalhes e não saberia detalhar. Acaba sendo mais que a prática e pelo que a gente acabou aprendendo.

Ent: existe alguma regra explícita ou não da profissão, que elas baseiam as tuas condutas? Mesmo que não esteja descrito nos manuais e que norteiam as tuas condutas?

M06: ah, eu sempre levo o princípio da integralidade, então eu tenho que atender essa pessoa, quer seja as queixas dela, quer sejam as queixas ocultas, quer não seja... eu sempre tento fazer o mais abrangente possível e sempre acabo abordando o assunto, mesmo que não seja trazido como uma



queixa, mesmo porque eu acho que acaba implicando em todo o resto da vida da pessoa, como um todo. Então, esse princípio acaba sendo o mais forte na prática, sabe? E assim... acho que é mais isso... Claro que na prática a gente acaba repetindo padrões. Então eu tenho um certo fluxo de informações e perguntas, mas não diria como uma regra.

Ent: É associada a alguma sociedade de especialidade?

M06: Sou da sociedade brasileira de medicina de família e comunidade. Então sempre mandam e-mail. O Conselho regional federal de medicina... eu acho que essa parte eles estão sempre abordando, estão sempre mandando notícias no e-mail e eles acabam sendo uma fonte importante de informação;

Ent: e no teu ver, o que seria uma política que iria facilitar a tua vida hoje em questão de saúde sexual e reprodutiva, que facilitaria tuas condutas, o teu dia-a-dia?

M06: Que facilitaria... olha eu acho que contra referência seria uma delas, se funcionasse e tivesse, isso já ajudaria muito. Eu adoro a telemedicina, acho ótimo, acho que funciona bem, mas se tivesse algum ponto de apoio maior, como uma dúvida pontual, que não precisasse mandar um e-mail, voltar... isso ajudaria muito. Eu não vou saber tudo e ninguém vai saber tudo. Então às vezes eu vou ser boa numa coisa e não serei boa em outra, então eu preciso de um apoio nessas áreas em que eu não sou boa, então... claro, tem outros médicos aqui na unidade que ajudam, mas se tivesse esse ponto de apoio ajudaria muito e evitaria muito encaminhamento, muito fluxo desnecessário. E a questão do município mesmo...

Ent: e alguma outra coisa que você considere importante que a gente não abordou com relação ao tema?

M06: não, acho que não... a questão da violência sexual é algo que precisava ser mais falado, mais abordado, porque assim: as estatísticas mostram uma coisa e no meu consultório essas pessoas não chegam. Então eu não sei se elas não sabem que eu posso ser um ponto de apoio, ou se é realmente pelo medo de falar, ou pelo que vai acontecer em seguida, mas eu acho que é um tema que precisava ser mais aprofundado e falado e discutido, porque não chega. É impossível que não tenha. Ter tem, mas elas não chegam, onde que essas pessoas estão?

Entrevista 110418E06

Ent: Tu conseguirias me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária?

E06: Então assim eu estava há 8 anos fora do atendimento ao usuário porque eu estava na coordenação, mas eu já tinha tido alguns anos antes e eu... a gente tem até um acesso melhor a esse tema porque gente faz preventivo e sempre questiona as questões de sexo. A gente percebe que tem um índice muito grande de diminuição de libido, as mulheres reclamam muito e a gente acaba abordando esse tema. Na medida do possível, eu sempre procuro... na verdade não tem uma técnica, mas na medida que a pessoa me coloca ou se abre para essas questões e que permite o meu acesso a isso, eu dou as orientações que são pertinentes, que eu acho que pelo que a gente vê com os estudos e tudo, o que a gente vê que é melhor para a saúde sexual dela. Eu sempre procuro abordar ou estimular preliminares, na diminuição de libido da mulher, ou quando elas falam na questão do sexo ela faz para agradar o marido, mas ela n~~ao tem vontade... então, essas questões de que isso precisa ser conversado entre eles e para levar em consideração se a diminuição da libido dela não está relacionada a questão das preliminares que não existe. Explico como funciona as questões de fisiologia da mulher e do homem, isso eu sempre procuro abordar nas consultas, que a mulher é mais demorado, que tem períodos do mês que a mulher tem essas alterações em que ela está com mais vontade ou com menos vontade... Então tudo que elas vão me relatando, na medida que eles vão abrindo e se eu tenho o conhecimento eu vou passando. Em todos os aspectos, em relação ao homem é diferente porque a gente tem mais dificuldade, não tem tanta facilidade de atender ao homem que acaba vindo mais para métodos contraceptivos... no geral a gente não tem tanto acesso quanto à mulher.

Ent: Essa procura que elas vêm para métodos contraceptivos, quem mais te procura e quem mais te procura?

E06: O que eu acho que a gente atende no momento, são dúvidas com relação ao anticoncepcional, tanto injetável quanto o comprimido, muitas vezes a gente precisa dar a ajuda médica da parte medicamentosa. E a vasectomia, que é dos métodos definitivos, que são a laqueadura e a vasectomia, então eles procuram questionam muito esse assunto porque querem resolver e daí a gente aproveita para abordar o uso do preservativo independente da prevenção da gravidez... no geral, em todos os aspectos, em todas as orientações que a gente dá a gente procura falar do preservativo, mas é uma coisa que a gente sabe que é mais difícil. O que eu observo é que eu atendo antes e até no meu retorno.

Ent: E como tu percebes a rede para essas esterilizações?

E06: Eu acho muito assim, na verdade para a vasectomia nem é tão ruim assim, eu acho que realmente ela tem assim uma... apesar de não atender a demanda toda, a gente vê que tem um resultado, tem

homens que conseguem fazer. Mas a gente existe uma resistência dos homens em fazer a vasectomia, mas a laqueadura eu acho muito ruim. Eu não lembro de na minha prática atender alguma mulher que tenha conseguido fazer laqueadura pelo SUS. Eu acho que essa coisa de a continuidade entre o atendimento da atenção básica e ela conseguir fazer essa laqueadura quando ela é atendida na maternidade, eu acho que isso não existe. Até porque nem para os casos em que ela é atendida no ambulatório de alto risco, porque agora tem aquela coisa de assinar que não pode fazer na cesariana, então tu tens que esperar aquele prazo, então acho que não funciona.

Ent: existe alguma procura para métodos sem ser hormonais e sem ser esterilização/

E06: só o DIU, o dispositivo intrauterino ainda existe e tipo á assim, eles sempre questionam se o SUS fornece, como que funciona..., mas o diafragma não.

Ent: e a rede para o DIU, como tu percebes?

E06: Olha, eu trabalhei 6 anos no aventureiro e eu achava que lá funcionava melhor, mas eu não sei como está agora, porque eu fiquei aqueles 6 anos, depois fiquei 7 anos na coordenação. Agora na regional (nome da regional onde trabalha), eu vejo que, por exemplo: eu era coordenadora do bom retiro e lá tinha ginecologista, mas não tinha ginecologista que colocasse DIU, então tinha que encaminhar para a sede, e aqui eu vejo que nem todos colocam. Então eu vejo que a gente tem uma certa dificuldade porque não é qualquer ginecologista que coloca e daí assim eu não sei até que ponto esse é um procedimento que quando eles são contratados eles ... “não sou pago para isso, sou pago para atender e não para colocar DIU”. Mas a gente escuta.

Ent: e dessas que vem para métodos hormonais, como é que tu percebes que é feita a escolha de um método ou de outro...

E06: eu vejo que a maioria é quando a mulher não tem aquela disciplina de tomar a pílula. Eu acho assim, mas não posso te garantir que seja isso, mas pela minha intuição e o que eu observo. Acho que o critério que eles utilizam é mais isso, ou a mulher que tem problema gástrico que não consegue se adaptar ao anticoncepcional.

Ent: e te aparece queixa com relação a climatério?

E06: sim, muito. Principalmente os fogachos e isso é uma coisa que eu vejo assim... eu não sou médica, mas eu não sei até que ponto isso não poderia ser melhorado na clínica daquela paciente. Eu vejo que muitas pessoas sentem isso e que não é resolvido o problema, entende? Então elas continuam e a gente vê divergência na opinião dos ginecologistas. Tu perguntas para um e é assim, e para outro: ah não é assado e tu que não tá por dentro do negócio mesmo e daí tu fica se perguntando até que ponto se poderia dar uma condição melhor para aquela mulher... eu vejo que para algumas interfere muito na vida delas, assim como a diminuição da libido, né? E é uma coisa comum. O que eu observo é quando tem mulheres com a vida sexual saudável na menopausa, assim parece que elas lidam melhor, não só com o sexo, mas em todo o contexto. A gente percebe que elas estão melhor e outras já ...

Ent: e como é a tua vivência com relação ao preventivo?

E06: A procura?

Ent: sim para preventivo, tanto de colo quanto de mama...

E06: Eu acho assim que aqui a gente está numa área que a gente está formando a área agora, entende? A gente não tem um micro área. Essa área veio do (Nome de outro posto) e a gente está fazendo o reconhecimento da área, então essa... a gente não tem esse conhecimento e o pessoal tem vindo esse ano de lá para cá, porque foram mandados. Eu noto que a procura está pequena para a população que a gente tem, entende? Às vezes tem vaga e tudo e as pessoas não vêm. Existe uma grande quantidade de gente que tem plano de saúde aqui existe, mas eu não tenho o conhecimento da área para te dizer. Mas na minha experiência anterior eu vejo que existem pessoas que a gente tem a dificuldade de captar aquelas que precisam fazer, porque as que estão lá fazendo são sempre as mesmas, tu entendes? Eu não sei se isso é igual ou geral, mas tem pessoas que com menos de 1 ano já vem fazer de novo e que não precisa. E tem outros que a gente não consegue. Tá e daí se não tem um agente comunitário é mais difícil ainda, porque se a gente tem o agente comunitário a gente tenta buscar, mas mesmo assim, são aquelas... e a gente não consegue atingir metas, até porque na idade que o ministério... e são as mesmas pessoas que vêm e as outras que estão há 5/6 anos sem fazer a gente não consegue.

Ent: Tu já estiveste em algum caso que envolvesse infertilidade?

E06: já...é assim, na verdade eu tenho dificuldade de avaliar isso, porque esses casos dificilmente é assim... o que eu tive contato foi aqui há pouco tempo. E lá no (nome de outra unidade), eu não me lembro. Devo ter tido, mas não lembro do retorno. Mas o que me vem na cabeça é que eu tenho pouco contato com o resultado daquilo, se realmente foi, se teve sucesso, eu não tenho uma coisa para te falar, porque tenho pouca experiência. Eu encaminho e vai, não tenho o retorno se ela conseguiu ou teve resultado.

Ent: Como que é a tua vivência de pré-natal

E06: Pré-natal a gente alterna com a médica, eu estou alternando com a (nome da médica), como a gente está atendendo também de outra área então estava meio misturado, então às vezes eu atendia gestante que não era da minha área mas assim dentro do que ... a gente procura alternar e assim: eu acho a consulta assim, a gente como enfermeira a gente consegue ser bem resolutiva com muita coisa, mas agora nessa gestão as coisas estão meio difíceis a gente está com dificuldade com relação a alguns exames de laboratório que tu tens que ficar pedindo algumas coisas que antes você poderia estar resolvendo e sendo mais resolutiva, mas a atual gestão está mais difícil, principalmente em relação aos exames de laboratório. E assim, na consulta em si eu não tenho dificuldade, é bem tranquilo, eu abordo o que eu acho que é importante da alimentação e todas as modificações, o ganho de peso, que a gente precisa abordar, a sexualidade quando eles solicitam...

Ent: e com relação ao puerpério, como que é a tua vivência?

E06: O puerpério eu acho que a gente deixa um pouco a desejar. Como enfermeira eu acho que a gente poderia, pelo menos assim, na minha experiência, aqui eu estou há pouco tempo, então eu vou ter pouca coisa para te falar do que assim... mas eu acho que aqui falha muito o retorno ao enfermeiro. Normalmente a gestante vem e quando é puérpera ela já quer agendar para o médico porque ela quer o método contraceptivo, quer usar pílula... por outro lado como profissional a gente deixa de captar essas puérperas, deixa de ir atrás dessas puérperas para trazer para a consulta antes de iniciar. Existe essa falha, esse hiato aí. Pelo menos na minha experiência. Pode ser que não aconteça com a maioria, mas eu percebo isso que fica... quando tu vês já está com a médica, já está usando anticoncepcional...

Ent: tu já estiveste envolvida em alguma situação que envolvesse aborto?

E06: Não. Não que eu saiba, porque tem aquelas que vêm com o aborto espontâneo e tu não sabes até que ponto foi espontâneo, mas que teve atendimento médico e assim de provocar eu nunca tive.

Ent: alguma vez tu já paraste para pensar se tivesse tido essa vivência, como tu lidarias com isso?

E06: Acho que diante da situação a minha maior preocupação seria o risco com a vida dela, porque o que está feito já passou, então a minha preocupação maior ia ser essa e não de julgar, nem que ... acho que naquele momento eu ia estar mais preocupada em o que eu poderia fazer para que ela não tivesse nenhuma complicação em decorrência daquilo. Eu acho que ia focar mais nisso e os meus julgamentos internos eu ia procurar não expressar, embora a gente não concorde, enfim..., mas assim a minha preocupação ia ser bem objetiva. Eu procuro ser objetiva nas coisas, então eu iria focar nisso sem fazer algum julgamento. Mas eu não tive nenhuma experiência de ter conhecimento...

Ent: como está a questão das DSTs aqui para vocês?

E06: Olha, eu até... a gente tem tido mais contato com isso, por causa dos testes rápidos. Eu estou aqui há X tempo e já peguei alguns casos de sífilis, caso de HIV em uma mulher jovem que recém se separou, entende... ela nem imaginava e foi uma experiência bem ruim para mim, mas então eu acho que a gente está tendo mais contato com isso por conta dos testes rápidos.

Ent: e como tu percebes a rede, o apoio quando aparece um caso desses?

E06: Não sei, eu acho que o serviço de referência a gente pode encaminhar e eles assumem o paciente. A gente percebe que eles... não existe uma contra referência para nós para dizer que o paciente está sendo acompanhado, nada disso. Eu acho que essa contra referência quem nos dá é o paciente, que eles falam, porque eles são nossos então eles comunicam que estão lá. Mas não do serviço em si, que ele foi, procurou o serviço... a gente que mais vai atrás pra ver se ele realmente foi... isso realmente não tem... Na minha experiência de coordenadora, eu fiquei meio... questionei algumas coisas do serviço... mas é que Às vezes você fica pensando que o serviço é especialista naquilo e tem muitas coisas que a gente está fazendo agora e que eles faziam antes e: Meu Deus era uma coisa que precisava de todo um ritual, todo um preparo para aquilo e simplesmente jogam para a atenção básica para pessoas que não têm esse dito preparo. Está eu sou enfermeira, mas o que eu faço com... antes era um psicólogo, com mil coisas para fazer uma abordagem e assim, agora jogam e ainda é muito questionado o número de testes rápidos que são feitos na atenção básica, e tem que aumentar... e a gente não faz só isso. É meio ruim, enfim é para descentralizar tudo, vamos descentralizar.

Ent: E a tua vivência com adolescentes em saúde sexual e reprodutiva?

E06: Olha eu tenho muito pouca experiência com isso, na unidade que eu trabalhava eu não tinha grupo de adolescentes, a gente atendia nas escolas, então fazia palestras na área sexual e reprodutiva, conforme a escola pedia, mas eu nunca trabalhei com grupo na unidade com adolescentes, então eu tive pouco contato.

Ent: e eles não te procuram também?

E06: Não é muito pouco. É mais por exemplo tu vê quando eles começam a vida sexual, daí eles vêm para fazer um preventivo, daí tu tens mais contato com esse... daí começou a vida sexual e eles procuram, tiram as dúvidas e daí a gente aproveita, fala do teste rápido, fala do preservativo, e assim, são situações pontuais.

Ent: Você tem alguma demanda ou procura em teve algum homossexual te procurando aqui no serviço para orientações?

E06: Sim, sim, mas é agora eles procuram também com o teste rápido, tem uns que são até meio de rotina, eu vou fazer isso.... eu não me cuido, mas eu fico cuidado nesse sentido que tu até orientas e vê... não uso preservativo, mas venho toda hora fazer teste. A gente tenta abordar os cuidados que precisa ter com isso, mas é mais em relação aos testes mesmos. E homossexual feminino a gente tem contato no preventivo. A gente aborda e normalmente a gente questiona se tem parceiro fixo e elas falam que têm parceira. Isso a gente tem bastante contato também...

Ent: Já esteve em algum caso que envolvesse violência? Tanto de gênero, sexual, familiar...

E06: Sim, já. Teve até gestantes que a gente depois foi avaliar e o serviço solicitou ajuda, lá do serviço de referência da violência. Teve a denúncia e a gente observou e realmente tinha... Eu não cheguei a presenciar, mas ela chegou roxa, com hematomas e tudo.

Ent: e tu chegou a fazer algum encaminhamento?

E06: eu não lembro... na época até com a medica a (nome da medica) a gente fez o encaminhamento e que era... tinha o setor de referência e até pra a delegacia da mulher, ela já tinha até aquele termo que o homem não podia chegar próximo, ela conseguiu... mas eu não lembro o nome. E ele já tinha estado na casa, e assim, foi uma história bem complicada que levou tempo, sabe e no fim eu não sei, saí de lá e não fiquei mais sabendo.

Ent: Vocês têm alguma atividade na comunidade sobre saúde sexual e reprodutiva?

E06: Não, aqui que eu saiba não.

Ent: E como foi a tua formação relacionada a saúde sexual e reprodutiva?

E06: olha, eu acho que a formação mesmo em faculdade foi bem deficiente, até porque me formei há bastante tempo e muita coisa mudou, foi na época que começou o HIV e muita coisa de lá para cá mudou. Mas eu sempre li muito sobre esse assunto. É uma coisa que eu me interesse e assim, é uma coisa que eu tenho facilidade de conversar porque é uma coisa que me interessa, que eu gosto, acho interessante e importante na vida das pessoas, então eu não tenho resistência assim de falar sobre isso. Falo para se libertar, para aproveitar com o marido, levo na brincadeira para descontrair.

Ent: O que você conhece das políticas municipais de saúde sexual e reprodutiva?

E06: Não conheço. Conheço muito pouca coisa.

Ent: e das políticas nacionais?

E06: Pois é, também muito pouco. O que eu leio bastante é o que tem de estudos, entende? O que tem do que a gente vê com relação ao HIV e essas coisas, que eu posso auxiliar, mas das políticas, é muito pouca coisa. Nada, eu acho que não lembro assim de ter, mais... é não tem. Pouca coisa.

Ent: Existe algum comportamento da categoria, da profissão que a gente aprende da profissão, mas que não estão baseados, mas que se repetem, são comportamentos aprendidos. Você nota algum desses comportamentos da tua profissão no teu dia-a-dia para lidar com saúde sexual e reprodutiva?

E06: Eu acho que isso está muito da pessoa mesmo, sabe? O que a pessoa, quais os valores que ela tem relação àquilo e como ela age em relação àquilo, daí ela tem uma conduta assim ou assado, mas não que seja da profissão, eu acho que está mais relacionado com o pessoal.

Ent: E o que você tem mais dificuldade nesse tema?

E06: preconceito, acho o tabu com relação à sexualidade. Existe um tabu, o preconceito, julgam, então eu acho que isso é bem comum e tu vê muito. Então assim: tu rotulas muitas coisas e o que tuas achas que colocar rótulos...

Ent: E disso tudo que a gente conversou, ficou algum assunto que você considera importante e que a gente não abordou?

E06: Não... acho que foi falado tudo bem completo.

Entrevista: 120418E07

Ent: Você poderia me descrever de uma forma mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

E07: na verdade assim: a gente já vem nessa prática há 20anos, 15 anos... os primeiros 10 anos eu fiquei como enfermeira na Darci Vargas, até 2006. Ali a gente vivenciou e fez um curso de especialização na federal, em relação da maternidade... então a gente vivenciou o nascimento e o acompanhamento todo lá. Daí eu vim para a atenção... daí logo eu passei no concurso, vim pra prefeitura fui para a auditoria e agora estou na atenção básica, saúde da família há 7 anos. Então assim a gente tem a questão da rotina a rotina, a gente atende aqui o pré-natal de baixo risco e de alto risco, quando desencadeia a gente encaminha para a maternidade. Atualmente elas estão escolhendo estar lá e estar aqui, escolhendo fazer tanto na unidade de saúde quanto no ambulatório de alto risco. E tem a questão do planejamento familiar, tem a questão do cuidado e saúde da mulher na questão do preventivo. Então esse é o trabalho que a gente faz na atenção básica.

Ent: e tu consegues me descrever como é a tua prática no pré-natal?

E07: no pré-natal a gente trabalha assim... a gente trabalha de porta aberta de manhã, então se a paciente chega e fala “estou com meu ciclo menstrual atrasado 15 dias”, ela já é passada para mim e eu já faço o teste rápido de gravidez naquele momento, de urina né, e daí se positivar e estiver uma demanda calma, eu já começo o pré-natal naquele momento, mesmo. Se não, eu agendo. Esse agendamento é porque eu acho que o pré-natal é uma coisa muito cuidadosa, porque tem que preencher todos os documentos, os protocolos, nesse momento já faz os testes rápidos, que são a sífilis, a hepatite b, a hepatite C, o HIV 1 e o HIV 2, daí a gente faz todo o exame físico, faz a solicitação dos laboratório conforme o protocolo da secretaria, faz as orientações nutricionais, daí já agenda essas consultas a cada 30 dias, conforme o protocolo, inicia comigo e 30 dias depois vai para o nosso médico o (nome do médico), que é o doutro da nossa área, que é a (número da área), e assim consequentemente. então assim se a gente percebe alguma intercorrência, por exemplo se der: ah, fiz o teste da sífilis e deu positivo, eu já encaminho para o médico e ele já entra com a medicação conforme o protocolo. Geralmente se ela ainda não começou com o ácido fólico a gente inicia ali, a praticidade disso é que hoje ela vem, ela tem a porta aberta, faz o teste deu +, e às vezes já dá para começar no mesmo dia, mas às vezes a gente agenda para no máximo em 72 horas para retornar para fazer o pré-natal, que é uma coisa muito cuidadosa e que demora porque a verdade é que é muito preenchimento no sistema, como as próprias orientações e o manejo dessas consultas.

Ent: e como tu percebes a rede por trás do pré-natal, para as coisas que tu precisas.

E07: A rede assim, ó no início, quando foi implantado o SISPRENATAL, para nós foi um pouco difícil para a gente se adaptar, até os exames serem feitos na unidade. Hoje se passou 4 anos que a gente tem essa prática, eu vejo assim, que é, eu acho que é um benefício na questão do tempo/resposta da gestação para ter um bebê sadio lá na frente. Então eu acho que a secretaria dá apoio, mas assim ó, na questão de tempo resposta hoje já melhorou, porque na questão do agendamento dos exames que hoje a gente já está bem. E assim, o que é legal hoje é que quando a paciente fizer aqui o teste e ela fala “eu já fiz, eu tenho a cicatriz, então ela faz, a gente faz quantitativo e o próprio laboratório já nos comunica, então tem essa rapidez no tempo resposta melhorou muito essa questão. Claro que tempo para nós que iniciamos o pré-natal, antes a gente fazia em 40 minutos, mas antes de 1 hora e trinta a gente não consegue concluir o pré-natal, porque a gente tem esse cuidado, porque é um ser que está levando o amor na barriga, então a gente tem esse cuidado. Hoje eu vejo que a coisa está fluindo, mas no início foi bem difícil. Antes, há dois anos atrás a coisa estava difícil, mas agora que a coisa pegou a rotina da praticidade e a própria rede já está realizando, então favoreceu. O que a gente percebe na minha dificuldade para nós é a questão da assistência da maternidade, que está muito complicado. Pacientes que pelo protocolo têm que estar lá, que eles têm que tomar uma atitude com relação a alguma coisa. Por exemplo uma gestante com hipertensão... a paciente volta para nós. Então pacientes que os colegas aqui encaminham para lá para ter uma avaliação mais apurada do especialista, paciente volta sem esse retorno. Às vezes a paciente mal é atendida, e às vezes o problema não é resolvido e é isso a angústia delas quando se aproxima das 40 semanas que é quando elas vão ter que permanecer lá, conforme o protocolo do município e aí há o medo da questão do ato do momento do parto propriamente dito. A gente tenta tranquilizar, a gente tem o grupo de gestante aqui para a gente trabalhar todas essas dúvidas que elas têm. Claro que a mídia ela é um pouco, ela traz um pouco, que as pessoas não entendem, a televisão, o rádio, o jornal a questão atualmente que está acontecendo na maternidade Darci Vargas que é a referência aqui para nós aqui de Joinville, a rede, que é as gestantes de risco e as de baixo risco que a gente encaminha com 40 semanas. Então para nós assim, a gente tem uma preocupação a questão do encaminhamento e da resolutividade dessa paciente lá.

Ent: E como é a tua vivência no puerpério?

E07: No puerpério assim: agora tem esse novo protocolo que agora quando o bebe vem que nasceu de parto normal ou cesariana ela já é avisada que ele precisa fazer o teste do pezinho, uma coisa que a gente orienta na última consulta ali com 40 semanas que até o quinto dia eles vêm. Nesse momento a gente está avaliando o bebê a questão dos cuidados gerais do recém-nascido e a puérpera a gente avalia a questão da Cesária, das dores. Ontem inclusive apareceu uma paciente nossa que fez uma cesária que se tu visses... chegou com os braços cheios de hematoma, punções, assim... não sei o que aconteceu. Então assim eu vejo que essa questão nossa do olhar nosso nos primeiros 6 dias, a questão do aleitamento materno que a gente tenta resgatar. Tem algumas que eu vou fazer a carinho em casa, daí a gente vê a questão social, do ambiente. Mas o puerpério é um momento, eu acho, que a gente tem um olhar mais tranquilo, porque assim, já é um olhar assim, que o foco já é mais o bebê, mas a mulher a gente fica de olho na questão de infecção a questão da amamentação, mas é bem tranquilo. Como a gente refez a agenda com toda essa logística agora com o novo sistema do olostec, nós colocamos as prioridades, o bebê com a mãe vem na consulta com o bebê e já vem comigo nos

10 dias, daí nos 30 dias, conforme a data que ela teve o parto ela vem para o doutor (nome do médico), o puerpério até aqui está indo legal.

Ent: Você tinha dito que tem uma procura por planejamento reprodutivo, como acontece?

E07: Então o que acontece: no ano passado, nos anos anteriores a gente fazia grupos, mas os grupos não fluíram então como a gente faz: a gente faz individual, então o casal vem... Até na verdade elas se manifestam já na gestação em questão de como a gente tem uma dificuldade na questão da laqueadura, elas vêm com eles na questão para solicitar a vasectomia. Daí a gente faz todas as orientações, inclusive na minha sala eu já coloquei um cartaz que tem o DIU e que mostra todos os métodos contraceptivos. A gente orienta ali e aí se decidem. Mas quando eles chegam para a gente eles já estão decididos a questão da vasectomia ou o DIU. Daí a gente já orienta todo o processo da vasectomia, toda a documentação necessária para ser feita e nesse momento eu já consigo segurar ele para fazer a consulta com o Dr (nome do médico), onde ele avalia e deixa tudo preenchido, depois traz aqui, em menos de 5 dias eles trazem toda a documentação e eu deixo... porque agora com o novo protocolo tem que deixar aqui 60 dias, depois nós escaneamos e encaminhamos para a regulação. Mas assim a procura hoje são as vasectomias. Do tempo de 60 dias que fica aqui e que a gente encaminha para lá, a espera é de menos de 15 dias. O que nós temos a dificuldade é com as laqueaduras que a gente vê que é um pouco amarrado, porque para elas, elas querem fazer no ato, elas querem fazer no parto, mas a gente sabe que existe uma legislação que tem que deixar esperar 60 dias, mas a gente vê a dificuldade delas em fazer essa laqueadura após o parto. Estou aqui há 7 anos e nesse tempo 1 fez que ela já tinha risco, então no próprio pré-natal de risco no ambulatório da Darci os obstetras... a gente fez toda a documentação por aqui já e eles preencheram no ato do parto e já fizeram a laqueadura, mas assim é muito raro porque tem toda a legislação. Mas assim, a doutora da outra área fazia também, mas a questão que aqui a gente está nessa área e a maioria, 70% trabalha nas empresas e daí eles têm uma logística na empresa que se eles não pegarem o atestado eles têm um percentual... então eles evitam. Por isso a gente aproveita fazer quando eles vêm para a consulta. Daí todas as dúvidas, a gente já vai conversar com o doutor (nome do médico). Então a gente tenta viabilizar a vinda desses pacientes.

Ent: Tu tens vivência com outros métodos contraceptivos, sem ser a laqueadura e a vasectomia?

E07: O DIU que agora a doutora (nome da médica) está nos auxiliando, então a gente conversa, as pacientes têm um pouco de receio e a gente explica o que é o DIU, a questão do preservativo, que já é uma coisa mais automática e a gente orienta e a gente reforça muito essa questão no momento em que eu vou fazer o preventivo,, que elas têm dúvidas, principalmente as adolescentes, que elas vêm conversando com a mãe, e a gente conversa todos os métodos que são possíveis na questão dos ganhos e das perdas, na questão do ganho do peso. Então assim, a questão do grupo aqui não funcionou, então a gente trabalha de porta aberta, eles querem uma orientação a gente senta, orienta, explica tudo certinho e do DIU como funciona a doutora (nome da médica) agenda conforme a agenda dela, a gente conversa com a recepção. Ontem uma paciente teve interesse em colocar o DIU, ela já tem 70 dias do pós parto, já conversei com a doutora (nome da médica), ela já entrou com a medicação, já agendou ela lá em tal dia para fazer, então essa é a vantagem nossa que agora tem a doutora (nome da médica) que coloca, mas antes a gente encaminhava porque fazia lá na Darci Vargas, no ambulatório. Então eu mesmo ligava, já agendava para elas não ficarem se batendo eu mesma ligava agendava lá, marcava o dia da enfermeira e o dia do médico. Um dia para fazer os exames e outro para a inserção. Então como a doutora (nome da médica) está nos auxiliando aqui, a gente não tem outra experiência de outros lugares. Ela está fazendo a inserção de todas as 4 áreas.

Ent: E o que você acha, o que mais pesa, qual o fator decisivo na escolha de um método hormonal ou não hormonal para cada paciente?

E07: A gente vê assim, a questão do processo e da integridade e saúde dela, né? Então se a paciente tem uma tendência de trombose, a gente avalia e a gente faz toda uma conversa junto com o doutor (nome do médico), daí a gente explica os danos e prós, o que que é bom o que é ruim e as consequências. Realmente algumas assim... Como a gente está com um nível de desemprego muito grande, áleas preferem pegar esse aqui da unidade. A única coisa que a gente pede para virem para verificar o peso, antes de iniciar esse processo para depois rever e a gente encaminha ao doutor (nome do médico) daí a gente orienta tudo, passa para ele e ele faz toda a avaliação médica para ver qual seria o ideal. Geralmente quando é adolescente o doutor (nome do médico) nem prescreve o que tem aqui. Ele vê se consegue prescrever alguma coisa que seja com a dosagem menor. Mas assim na questão que é o que a gente vivencia aqui é o DIU que elas têm interesse, a questão dos homens com muita vasectomia e a questão das injetáveis que é a trimestral. Que é o que elas têm interesse, porque tem umas que "eu esqueço". A gente oferece, mostra tudo para elas, os benefícios e os cuidados que elas têm que ser feitos. A procura maior é por injetável e a questão do DIU e da Vasectomia. E a vasectomia geralmente a gente barra por conta da legislação, né? Daí a gente tem que entrar na

questão da orientação do injetável, porque assim: eu uso o preservativo e sabe e a gente ensina, se está fazendo certo, porque esse é o papel de nós enfermeiros, mas assim, na questão da nossa experiência é assim. Ano passado nós tivemos a experiência que uma paciente colocou o DIU e engravidou, daí foi um falatório. Não foi aqui, a paciente colocou o DIU lá na maternidade e daí na verdade ela teve, depois perdeu, entrou com uma ação contra a maternidade, mas assim a preocupação deles é assim: porque nenhum método é 100% né?, mas assim, essa questão do DIU que foi colocado na maternidade foi uma coisa que repercutiu muito ruim aqui e teve a gravidez e toda essa coisa. Mas a questão da vasectomia foi muito legal porque a gente já encaminha e depois já recebe o OK, volta os papéis para nós, a gente arquiva no prontuário do paciente, a gente acompanha a questão do exame do esperma. Zerou, zerou, mesmo assim a gente o orienta inclusive teve um caso ontem. A experiência que eu tenho que elas usam hoje... Claro assim: se tu me perguntares o início? muito precoce, meninas de 13 anos e a mãe traz para iniciar o uso de anticoncepcional, eu fico assim: porque me dói..., mas é a realidade de hoje, né? 13 anos já inicia com o anticoncepcional. Daí a mãe já se preocupa e quer ver uma dosagem que seja ideal para a idade dela, a gente explica qual seria, e encaminha qual seria o ideal para elas para o doutor (nome do médico). Geralmente se opta por via oral para as adolescentes, nenhuma aceita injetável. É via oral mesmo.

Ent: como é a tua vivência com relação aos preventivos de câncer de colo e de mama?

E07: assim, ó, o preventivo o que acontece: a gente está com esse novo modelo de acesso avançado, já fez um ano agora em abril na nossa unidade. Ficou assim... um pouco... para nós profissionais ficou difícil você cumprir aquela meta que é calculada conforme... Mas assim, o preventivo a gente faz e assim, eu tenho o maior cuidado de visualizar, não é só coletar =, mas ver todo o assoalho pélvico, daí assim, eu falo que daqui há 15 dias ela vem pegar o resultado, porta aberta, não agendo... que nós estimulamos aqui é que o paciente não agenda mais o preventivo, a paciente vem e faz, porque é o momento que ela pode, está na folga dela, ou as crianças estão na escola, então ela chegou e a gente faz o preventivo. A questão: ah fez o preventivo e veio alterado, eu mesmo ligo para a paciente e digo assim: preciso falar contigo, tu vens aqui... daí automaticamente quando ela chega já está tudo encaminhado, eu já vou lá na intranet, já encaminho, já agendo, já fica na fila de espera. No ano passado a gente percebeu que ficou um pouco lento, não sei se tu percebeste, mas para nós no ano passado ficou um pouco lento o encaminhamento para o atendimento lá no PAM. A gente achou que ano passado ficou muito lento. A gente achou que pacientes que já tinham casos já anterior, com NIC 3, ficou demorado, sabe... Mas a gente vê que a questão da resolutividade da paciente só esbarra na questão da fila de espera, porque assim: é diferente de quando a paciente não tem nada e a gente dá o resultado, a gente explica que vai ser uma nova avaliação, que vai ficar bem, que não sei o quê... mas elas ficam pensando que já é câncer e a gente tem que acalmar, mas assim: fora isso a paciente tem porta aberta, a gente faz o preventivo, faz as orientações que cabem a nós, que são os cuidados com a higiene, que são os cuidados com a sexualidade, com a menopausa, a questão da mamografia que agora é um grande... uma dificuldade para elas entenderem que agora não se faz mais assim a partir dos 40 e sim com 50, e porque o ministério determinou que fosse dessa forma, mas mesmo assim algumas pedem para a gente prescrever para fazer social. Elas não aceitaram essa ideia de fazer a cada 2 anos. Então agente explica, mas é questão delas, se elas querem fazer então está aqui. Porque pela regra do SUS a gente até pode solicitar, mas lá quando for agendar não passa e isto está bem rigoroso. Mas assim, essa questão dos resultados alterados a gente tem esse suporte lá do PAM e a gente tem o acesso para fazer o agendamento, daí eu fico monitorando. Quando a paciente chega aqui eu já deixo tudo pronto, porque para eu falar para ela que depois eu encaminho... não, então está aqui, tudo encaminhado. Às vezes por sorte a gente consegue de naquele momento de agendar já tem a data, então ela fica mais tranquila. O que eu vejo que falta é assim: o PAM ou o ambulatório do regional fazer essa contra referência. Isso não existe. Isso a gente perde um pouco, principalmente porque as pacientes migram muito por questão de aluguel, né? Então elas estão aqui, e daqui a pouco já estão lá e para passar... para ser rápido aquela questão do relatório que a gente faz no final do ano de monitoramento, então eu tenho o livro de agravo tanto de mamografia quanto de preventivo e na última folha eu coloco todos desde 2015 que deram alterados e quando eu encaminhei, e quando foi o retorno, porque quando o CEDAP me pede, fica mais fácil eu localizar o monitoramento dessa paciente. Mas o que eu sinto como enfermeira é contra referência dos patologistas (?) para nós. Porque assim, o Olostec está para nós... e futuramente poder colocar para a gente poder saber o que estão fazendo. A gente sabe pela paciente que assim: a gente fica ligando e tal dia fizeram isso, mas saber o que foi feito a gente não tem. E isso é uma falha desse monitoramento da paciente. A mesma coisa é quando a paciente tem um CA de mama, porque quando chega a mamografia a gente já viabiliza o encaminhamento, eu sempre colo uma bolinha vermelha, porque eu sei que vou olhar ali e que aquela paciente tem que monitorar, mas o retorno delas a gente tem porque elas vêm fazer a consulta por outras razões, mas saber o que elas fizeram o exame com o mastologista, que fizeram a punção e qual

foi o andamento do processo... a gente não tem. Eu percebo que é uma falha e que o médico da ponta tinha que ter a ciência do que está acontecendo com o paciente dele. Daí a gente tem que ir atrás, fazer uma busca ativa dessa paciente. Então assim, essa paciente já está com dor, com o sentimento... então algumas que tiram se sentem mutiladas, elas já estão assim... então elas vêm aqui para a gente ajudar elas a saírem desse processo, a questão da medicação, porque a autoestima delas vai lá embaixo, para encaminhar ao psicólogo, então eu vejo essa falha da contra referência da especialidade para nós aqui, principalmente para a área médica. E em todas as áreas, em todas as especialidades, eu percebo que há falhas do retorno da contra referência, ele encaminhado, o paciente vem fica na frente do médico e diz: "ah, eu fui lá, mas ele fez isso, mas" ... a gente fica perdido... não sei se você sente isso. Eu sinto que a questão dos pacientes que dão uma mamografia alterada e que tem que encaminhar ao mato, o que ele fez, a gente não tem contato. A gente tem que ir atrás da paciente para saber o que foi feito, de que forma vai ser encaminhado. Eu vejo essa falha, se vai ser encaminhada para a cirurgia, daí a paciente tira, daí a gente só fica sabendo quando ela vem para o curativo.... daí a gente se sente um pouco desprezado a questão do profissional da unidade de saúde, a questão dos especialistas, o masto, a patologia do colo porque eles fazem o procedimento e a gente não sabe o que está acontecendo com a paciente, de que forma vai ser acompanhado. "Ah (nome da enfermeira), ganhei alta e preciso ser acompanhada contigo, mas elas não trazem nada do que foi feito. Não sei o que tu achas, mas essa eu acho que é uma falha muito brusca na questão da saúde da mulher, porque não há uma contra referência da paciente com eles e deles com a gente. Porque queira ou não queira, a paciente tem mais contato com o médico aqui do que lá né? Então essa é uma falha que eu vejo de todas as especialidades, mas essa questão do monitoramento dessa paciente que dá um colo alterado, que dá uma mamografia alterada, eu acho que fica uma falha. Até porque o preventivo lá do CEDAP vem com essa, esse monitoramento ali no final, com a busca ativa, mas a mamografia, a paciente que se submete a uma cirurgia a um tratamento de rádio e químico, eu fico sabendo porque elas vêm aqui e a gente já aproveita, já faz tudo, já registra no livro de agravos... mas se a gente não for atrás a gente não tem essa informação. Eu acho que essa é uma falha muito grande porque se a paciente se submete a uma cirurgia eu acho que mexe com a autoestima dela, ela sai de lá sem um acompanhamento com psicólogo, ou de uma avaliação. Eu sinto que ela fica perdida nesse lado, do outro lado, claro que ela tem um retorno, certinho, mas a questão da radio e da quimio a paciente fica perdida e essa é a falha que eu vejo nessa questão da saúde da mulher. Na secretaria eu vejo que muda muita coisa e no programa e isso não é avisado aos profissionais. Vou te dar um exemplo: o beta hcg, no protocolo que a gente olhou diz assim: a gente faz o exame de urina, 15 + 15 e negativou e a paciente refere que... daí a gente pede o beta. Não podemos mais e eu acho assim, ó, um absurdo, porque eu tenho que pegar uma vaga de um médico para pedir um exame sendo que já está tudo registrado lá na guia. São algumas mudanças que estão ocorrendo e que nós não somos informados. Não se isso está acontecendo com vocês, mas para nós, algumas mudanças que não está ocorrendo... o que nós combinamos aqui com os médicos: os exames do pré-natal nós vamos carimbar e os médicos vão carimbar junto para o paciente não ter que voltar. Porque aconteceu comigo, aconteceu com (nome da enfermeira) uma paciente com toxoplasmose negativo, tem que ficar fazendo. Daí a gente fez, justificamos lá que são exames do 2º trimestre mandaram a paciente de volta porque nós não poderíamos pedir, mas a gente não sabia disso. Fazer a paciente sair lá do centro, tadinha, perdeu o dia de trabalho para dizer que nós não vamos fazer. Daí você liga para lá e ninguém sabe informar quem fez isso, daí fica esse jogo, e perante o paciente isso fica ruim para a gente, imagina a enfermeira está pedindo algo que ela sabe que não pode. Eu vejo que algumas mudanças estão ocorrendo e que não estão chegando aqui, os protocolos, se tu veres na intranet está tudo desatualizado, semana passada a gente teve uma reunião aqui com a nossa diretora da atenção básica, com a coordenadora distrital, com (nome de 2 outros profissionais) e a gente colocou isso que alguns protocolos dentro da intranet estão desatualizados, sabe? , então às vezes a gente alguma dúvida e vai lá mas a gente sabe que aquele já é antigo... por exemplo a vasectomia: a vasectomia nós temos lá na intranet todo o protocolo de encaminhamento, todo o fluxo... já a de laqueadura está flutuando, está nas nuvens. Eles ainda estão decidindo o que fazem, mas a paciente está aqui na porta, nos questionando como faz. Então é bem complicado isso, sabe? Mas eu vejo que hoje essa contra referência não existe e ela tinha que existir, comunicado entre os pacientes, mandar uma carta, mas agora está sendo implantado até nos PAMs o Olostec, para ter essa contra referência pra nós porque é muito importante....

Ent: sim, a gente vai acompanhar e não sabe nem o quê

E07:daí a gente tem que fazer a busca ativa das pacientes para saber a gente liga ou vai lá..., mas assim, não temos nada palpável, né?

Ent: Como é a tua vivência com relação às DSTs?

E07: As DSTs, vou te dizer, na minha área não tem muita vulnerabilidade não, mas a área deles aqui é bastante. Assim: o pré-natal, estou aqui há 7 anos fazendo o pré-natal e eu tive na semana passada



o primeiro caso de HIV, que a paciente na verdade, na hora que ela chegou ela não me relatou, então eu fiz toda aquela pré-teste, depois quando eu fiz e que positivou, eu falei assim e comecei a conversar com ela e ela disse: “Eu já sabia...”. Já estava sendo acompanhada pela vigilância... antes na minha área era a questão da Sífilis, que a discussão é a questão da cicatriz, daí a gente encaminha. Mas comparando essa questão das DSTs, a minha é bem baixa, é raro eu ter uma DST. Na outra área do doutor (Nome do médico), mas na nossa área (número da área é bem baixo).

Ent: TU já estiveste em alguma situação que envolvesse infertilidade?

E07: Não, não tive nenhum. Até porque essa questão da infertilidade, eu tive 2 ou 3 casos que foi, que o doutor (nome do médico) encaminhou para outras especialidades e a gente não tem a resposta, a gente perde esse paciente. Eu sabia que quem cuidava disso lá no ambulatório era o doutor, que agora eu esqueci o nome dele, mas assim: a gente vê que isso a gente não tem resposta. Até porque a questão da parte médica da atenção primária é um pouco restrita, né? A gente tem que encaminhar para o ginecologista, que o nosso é o doutor (nome do médico) lá no (nome da unidade) para ele fazer esse encaminhamento. E daí a gente perde o paciente. Até tem alguma coisa anotada lá a, mas na íntegra, a gente perde esse paciente e às vezes elas vão procurar particular e geralmente elas vão já no doutor que ... esqueci o nome..., mas pelo SUS isso ainda está longe... para nós aqui, porque em São Paulo isso já é feito. Aqui a gente não tem isso. Aqui aquelas que fazem, fazem particular elas vêm, mas a maioria que fez particular continua o acompanhamento lá. Elas não vêm aqui e muito menos os bebês, né? Então a gente sabe que tem, mas elas fazem tudo particular.

Ent: e vocês já teve procura por queixas do climatério?

E07: Tem bastante, elas vêm com a queixa de calor, com a mudança de humos, com a questão do atraso... a gente diz que início do climatério só depois de 12 meses, mas a gente tem bastante, até porque a minha área é uma área que tem bastante mulheres com 50, 60 anos em diante, mas assim, o climatério, quando vêm no preventivo elas comentam, e a gente o doutor (nome do médico), dependendo do grau, encaminha para ele para pedir os exames e verificar certinho para fazer os tratamentos que cabem a ele como médico. O climatério assim: o calor, as ondas de calor, a questão de atraso, a questão do quadro de ansiedade, as ondas de calor, mas a gente encaminha, orienta ali, os médicos são parceiros entre eles, Ele avalia e se for possível ele encaminha ao ginecologista na regional (nome do médico), daí a gente vê pelo Olostec o que ele decidiu, o que ele resolveu, mas geralmente elas voltam para a gente.

Ent: Já esteve com alguém, com algum homossexual que te procurou com a questão de saúde sexual ou até mesmo reprodutiva?

E07: Sim, sim, reprodutiva não, mas sexual sim geralmente a questão da relação sexual, a questão da própria camisinha, do desespero e a gente escuta e já faz o teste. Manda eles voltarem a cada 6 meses. Antes o PA estava aqui e a gente tinha que encaminhar para o PA, mas hoje a gente faz os testes aqui. Em alguns casos a gente até liga lá para o CTA e eles verificam e repetem, a gente reforça a questão dos cuidados, a questão do sexo oral. A gente orienta e tem alguns casos bem acentuados e às vezes eles são casados e a mulher não sabe, uma coisa bem difícil de conversar. Eles vêm com outras queixas na questão anal. Alguns a gente já percebe, mas tem uns que se retrancam mais. Daí a gente fala que as queixas a gente encaminha para o doutor (nome do médico), mas tem bastante...

Ent: Você já esteve em alguma situação que envolvesse aborto? Espontâneo ou não?

E07: Sim, nunca pegamos um aborto que fosse provocado, a gente sempre pegou aborto espontâneo, às vezes a paciente nem sabia que estava grávida, né? E aí chegava, com um grande sangramento, vem aqui fazem um ultrassom e daí aparece, mas assim, nessa questão do aborto, não sei se é da cultura delas, mas quando elas têm um sangramento elas não procuram gente, elas vão bater lá na maternidade. Mas a gente já teve aborto espontâneo, que com 12/15 semanas, com descolamento placentário. Daí é bem difícil, porque é uma questão... principalmente quando é o primeiro filho. Nós tivemos caso que a paciente agora foi a 4ª tentativa dela, mas as outras foram, ela ia até umas até 12 semanas, outro até 16 semanas e outro até 20 semanas. Todos eles com descolamento de placenta. Agora nessa gestação deu tudo certo, o bebê nasceu semana passada, parto normal, foi um sucesso. Mas a gente lida com uma situação que a gente não tem o suporte, para o abalo psicológico do casal, sabe, mas aqui a gente precisaria de um apoio psicológico imediato, porque tem que ter, pacientes assim que chegam... ano passado, paciente chegou aqui, fui fazer a escuta, tinha 20 semanas e ela falou que veio aqui porque o bebê não mexeu. Eu não consegui escutar, daí o doutor (nome do médico) não escutou, isso oprime a gente.... a gente falou: vamos te encaminhar para a maternidade porque a gente não conseguiu escutar, daí elas vão para a maternidade para fazer todo aquele procedimento de curetagem, ou fazem para fazer o parto normal mesmo, com aquelas medicações. Então eu vejo que o acompanhamento psicológico não tem. E a paciente vai bater aqui, chorando, desesperada e o doutor (nome do médico), já tem que entrar com um antidepressivo, assim, eu vejo que essa carência para nós na ponta é as pacientes se submeterem a esses procedimentos e a maternidade... o que acontece:

elas estão lá colocando toda aquela medicação vaginal, voltam para casa, voltam para lá. Chegam lá ficam escutando aquele barulho de choro de bebê. Eu acho que isso traumatiza muito mais. E essas são as falas que elas têm conosco. Assim a gente tem bastante frustração porque a paciente vai lá faz todo o procedimento e não tem nada de encaminhamento e a gente sabe porque a agente comunitária faz esse monitoramento e elas trazem para a gente. Daí a gente vai visitar a paciente. Tem momentos que a paciente não quer nem falar, tem aquela situação da investigação. Semana passada aconteceu. Paciente estava com 18 semanas e o bebê foi à óbito ela estava em Blumenau passeando, fizeram a escuta: morto. Mas tinha parece uma malformação cardíaca do ventrículo D, mas assim: veio esse papel, ela fazia pré-natal particular, mas eu tinha lá, daí eu fui fazer a investigação, estive duas vezes na casa dela e eu não encontrei e aí fui ligar, para mim foi uma experiência que foi a pior de todas, ela falou assim: “ eu estou no psicólogo e no psiquiatra e meu marido também, agora vem a secretaria querer saber em detalhes o que aconteceu. Manda eles ligarem para o médico em Blumenau, mas eles já tinham feito, porque tem que respeitar o luto, acho que essa insensibilidade assim... porque nós é que levamos a cacetada aqui na ponta. Então o que acontece: eu fiz uma carta lá para a vigilância colocando essa situação da questão psicológica mesmo do paciente, porque não tem esse acompanhamento, essa delicadeza... Eu vejo que não tem esse acompanhamento e apoio para nós, para o médico, o paciente chega aos prantos, totalmente descompensada, porque esteve, coloca medicação, ganha alta, coloca medicação, ganha alta.... e quem fica e as que ficam, ficam escutando o choro

Ent: não há esse cuidado, de isolar,

E07: então o sofrimento é dobrado. Eles tinham é que pensar no futuro, fazer uma ala que seja para curetagem, óbito fetal, que ficam dias ali, nesse sofrimento. Daí elas batem aonde? Elas batem aqui com a gente. Depois engravidam novamente, e elas tem lá como referência e daí qualquer coisa que acontece, qualquer coisa que a gente... então eu digo que o pré-natal da gente é coisa muito cuidadosa, porque qualquer piscar de olhos é complicado.

Ent: e você já esteve com vítimas de violência, tanto de gênero quanto sexual.

E07: Sim. De gênero não peguei, mas de suspeita sim, de menores, de mulheres eu não peguei, mas de criança. E a gente faz o quê: a gente faz a escuta e encaminha, faz todo... encaminha para o CRAS, pro CRAS não é... geralmente esses pacientes já vêm com o relato do conselho, daí a gente faz a investigação, a gente vai até lá.... A gente teve um caso aqui que a paciente chegou, a filha dela tinha 12 anos e ela falou que a filha foi violentada pelo marido. Daí o que aconteceu: ela chegou aqui bem estressada e a filha bem quieta, a gente conversou ... o Doutor (nome do médico), encaminhou ela direto para o conselho tutelar, lá eles iriam fazer a documentação, iam mandar fazer corpo delito para dar encaminhamento. E daí resumindo: a gente perdeu o contato, porque ela saiu do bairro. Então são essas coisas, porque o conselho também... a rede né..., mas parece que eles estão estudando os fluxos né? Mas assim a gente tem a questão... o medo nosso é que o conselho tutelar vai lá e fala para os familiares e a gente ficar exposto. Então assim: dizer assim para nós... é muito raro quando chega para nós já passou pelo conselho, pelo CRAS, pelos órgãos, pela delegacia da mulher... então a paciente chega bem encaminhada.

Ent: como foi a tua formação em saúde sexual e reprodutiva?

E07: assim ó eu fiz a minha formação na UNIVALI, isso foi em 96, a gente teve uma experiência bem positiva, porque lá em Itajaí tem vários programas desse atendimento e o que me apurou melhor foi a minha pós-graduação que eu fiz em ginecologia e obstetrícia na federal. Daí a gente trabalhou toda a parte ginecológica, das intercorrências, dos abusos sexuais na questão da ginecologia, das patologias, até da questão do pré-natal que a gente fez, porque a gente estudou a teoria e na prática nos hospitais... no Carmela Dutra e na maternidade do da Federal.

Ent: O que você conhece da política municipal?

E07: Da saúde da mulher? Da saúde da mulher eu sei porque como a gente tem que ficar ligado com o protocolo desse processo... assim, como eu te falei: o que eu sinto hoje: acho que a implantação do SISpre-natal eu acho que foi uma coisa bem legal do ministério da saúde, a questão dos testes rápidos, que aqui se viabilizou o diagnóstico precoce e a questão de se viabilizar o tratamento precoce, a questão dos cursos que tanto médicos e enfermeiros fomos capacitados. A única coisa que eu vejo como falha hoje é a questão da contra referência, que as pacientes são encaminhadas para os mastologistas, patologias de colo que a gente não tem o retorno. Segundo informações estão fazendo estudo desse fluxo. A questão do processo de laqueadura e a questão que as vezes a gente se sente um pouco perdido, porque a paciente nos questiona e a questão da vasectomia que o fluxograma já está bem enraizado esse processo. Mas assim a dificuldade que eu tenho é o apoio de outros profissionais. Mas assim, tem certas situações das perdas eu percebo que a gente não tem o apoio dos profissionais, que o psicólogo que a gente não tem e a questão dos retornos dos encaminhamentos. E a questão da maternidade que a gente está bem preocupado: a gente encaminha a gestante para lá

e que pra nós que estudamos e conhecemos o protocolo de riscos, tem toda a classificação... o que está acontecendo: a paciente chega lá, eles rasgam o encaminhamento do médico na frente do paciente, eles não dão retorno ou a paciente vai para lá e não fica, mandam embora, e ela volta pra cá, paciente com hipertensão, com toda medicação para a pré-eclâmpsia e a gente não vê a resolutividade. A gente tem uma preocupação na questão... e isso está trazendo para elas uma preocupação durante o pré-natal e quando vai chegando nas 40 semanas, que conforme o protocolo nós temos que encaminhar, elas ficam angustiadas porque a questão é que elas relatam... o que elas relataram que foi muito forte para mim é que quando elas estão no processo de trabalho de parto, a questão da verificação da dilatação, que elas se sentem violentadas, por vários profissionais fazendo o toque, então esse é o relato de várias, a questão do número de toques que são feitos, vários profissionais junto com ela e cada um toma uma conduta, então é a questão do medo mesmo. Mas a questão do protocolo do município é o que eu te falei. As dúvidas a gente tira com (nome de profissional), mas tem coisas que a gente se sente perdido. Como essa questão do beta que a gente não sabia que não poderia pedir. Então todas essas coisas que estão acontecendo e que a gente não sabe e que estão mudando e não comunicam a ponta e são mudanças operacionais na verdade. Mas a questão do protocolo do município, o que eu vejo falha nesse processo é a questão da ginecologia das alterações que a gente não tem retorno e o pré-natal com esses encaminhamentos que a gente faz para a maternidade e eles colocam essas coisas: rasgam encaminhamento médico, colocam, falam algumas coisas que não é necessário e o que nós precisamos é a questão da resolutividade da paciente. Então assim, eu tenho o maior cuidado na carteirinha da gestante, eu coloco se é de risco, porque é de risco, coloco a bolinha vermelha, se tem alergia de alguma coisa, coloco bem grande. E o que elas falam? “ah, os médicos não olham as carteirinhas só olham do alto risco, mas se tu olhares a carteirinha do alto risco não tem nada. Fala, mas não tem nada que possa ter um olhar mais cuidadoso na sala de parto. Daí o que acontece? É muito aluno, não olham direito e fazem.... semana passada tinha uma paciente com alergia à dipirona e chegando lá aplicaram a dipirona, e estava bem grandão escrito na carteirinha. O marido dela disse: “(nome da entrevistada), eu quis quebrar tudo, porque estava escrito bem grande em vermelho: alérgica à dipirona. Deu edema de glote... são coisas assim que nos atrapalha um pouco, a questão do retorno do puerpério, com a sepse, eu não sei se tu está pegando, umas epísis bem... então assim é muito... São coisas que nos entristece, principalmente meninas de 17/18 anos que vão ganhar o primeiro filho e vem com os pontos que tu olha na epísis e que foram mal feitos e às vezes as dores, hematomas... são coisas assim que nos entristece muito. Mas a gente, enquanto profissional, o nosso papel é monitorar essa mulher para prevenir... as questões das gestantes, ter uma paciente bem monitorada, teremos um bebê sadio e automaticamente a gente vai na parte da prevenção.

Ent: E disso tudo que a gente falou, ficou alguma coisa de fora que tu achas importante comentar?

E07: Deixa eu ver.... eu acho que foi focado tudo o que nós fazemos e todas as dificuldades que eu já te coloquei, eu acho que foi falado tudo. Claro que na hora tem coisas que a gente não lembra, mas os principais a gente colocou a questão da resolutividade, a questão da maternidade, da dificuldade, do retorno dos especialistas com relação ao retorno do tratamento dessas mulheres e a dificuldade do acompanhamento delas pelo serviço de psicologia, porque se fazem o ato do procedimento, mas e o ser da mulher, ela enquanto mulher, a questão do corpo dela. Acho que eles não estão olhando para essa questão, então acho que tinha que ser revisto esse suporte. Chega uma paciente que que vai fazer o teste, é portadora do vírus... a paciente descompensa, a gente tenta tranquilizar, mas a gente não tem esse apoio, tipo: preciso mandar agora essa paciente agora, a gente não tem esse apoio. Eu acho que a gente aqui na ponta sofre porque como a gente tem o elo bem mais forte com a paciente e a gente vê os caminhos sendo feito errados e a gente não pode também direcionar porque a gente está faltando com ética com aquele profissional, então a gente fica angustiada, mas...

Entrevista 120418M07

Ent: Você conseguiria me dizer de uma maneira mais completa e detalhada possível a sua prática em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária?

M07:Olha eu acho que é um termo muito abrangente para a gente discutir assim... existem diversos pontos de vista. Eu até dei uma revisada em alguns artigos para saber até que ponto isso chega a mim, envolve muito em relação à educação sexual, né? E é uma coisa que a gente está cada vez mais distante com relação a isso. A maneira como as pessoas estão expressando a sua sexualidade em si, eu acho que para o país, é uma coisa meio nova, e o país ainda tem uma dificuldade de compreensão e de lidar com a sexualidade em si. Eu acho que tudo é baseado a princípios de educação. Então o que chega a mim e que chama mais atenção, são pessoas de uma maneira muito jovem, que já está com uma sexualidade totalmente exposta, que já é mãe muitas vezes e não teve nenhuma orientação com relação a isso. Ou são pessoas de uma determinada idade e que tem uma sexualidade completamente constrangida, não consegue expressar aquilo, acha que tem a obrigação de estar tendo relação, obrigação de ter filhos. Isso já é gerado na família dela, que ela tem que trazer esse vínculo

para ela, mas onde ela se sente completamente insatisfeita, mas é uma cultura dela. Essa nova cultura imposta recentemente onde a gente consegue ver que as pessoas conseguem ter e expor a sua sexualidade, mas sempre gera um certo preconceito. O que chega mais a mim e o que eu posso estar lhe dizendo são esses dois casos extremos. A mais nova que tem a sexualidade exposta, e eu acho até demais, que eu acho que passa por um processo educacional e que a gente tem que, de certa forma, saber intervir e às vezes uma com uma idade até avançada que já vem com aquele contexto cultural dela e que ela não consegue, expressar o que ela realmente quer, até do ponto de satisfação, o que é bom pra ela. Às vezes ela está tendo uma relação sexual completamente sem prazer nenhum e ela não consegue expressar ela. Com relação à homossexualidade, com parceiros que as vezes têm a tendência de querer ter filhos, eu particularmente não tive nenhum contato até então, mas eu sei que existe na região parceiros homossexuais que criam a família, mas para mim ainda não chegou. Eu acho que o que chama mais a atenção são esses dois extremos que passa tudo por um processo de educação e orientação.

Ent: E como é, para essa paciente mais jovem, qual é a demanda que elas mais trazem, o que elas vêm buscar?

M07: Bom, primeiro a gravidez, já deu um passo mais avançado que é a gravidez. Inclusive agora eu acabei de fazer uma consulta de pré-natal de uma paciente de 16 anos, ela já tem história de 3 tentativas de suicídio, já é a segunda gravidez, sendo que a primeira foi um aborto. Ela já está no segundo parceiro, segundo pai diferente, brigas no domicílio direto, com difícil relacionamento com o pai, acredito até que tenha uma violência doméstica por trás. Mas na hora que tu vai orientar, que tu vai puxar isso numa consulta com a paciente, que tu quer ser mais incisivo, talvez aquilo que ela não apresentou em casa, ela tenta fugir, ela acha que aquilo para ela está tudo bem, ela parou de estudar, ela engravidou, ela vai ter o filho dela, ela vai ter o marido dela que ela acha que vai sustentar pela vida inteira... é muito precoce. Eu também sinto muito que quando você quer ajudar e a pessoa não quer ser ajudada. Ela talvez não tenha até maturidade... prefiro acreditar que ela não tem maturidade, porque opção ela até tem, mas acho que ela não tem maturidade suficiente para entender isso, então as vezes ao que acontece muito também e quando eu entro na questão quando a adolescente inicia a vida sexual, daí que eu tento intervir de uma maneira mais contundente e falar das responsabilidades que isso pode gerar, que ela pode e deve namorar, mas que tem que ser com responsabilidade, fazer o uso de contraceptivos, usar preservativos e que isso faz parte do amadurecimento de qualquer pessoa, explicar que isso dá prazer que ele pode estar fazendo, mas desde que seja com responsabilidade, porque ela tem muita coisa para fazer até ter um filho nesse contexto.

Ent: e esse contraceptivo, esse planejamento reprodutivo que ela busca, o que é o mais comum aqui, o que é que mais sai?

M07: O mais comum aqui é o oral, o que elas realmente desejam, daí eu já uso um gancho que : ah já que você tem um celular, não sai do teu grupo de WhatsApp, não sai do youtube, usa teu celular para uma coisa boa também, deixa ele avisar a hora de tomar a pílula, porque do celular você não vai esquecer, então celular pode virar teu parceiro com relação a isso: toma a pílula, “ah eu acho que vou esquecer”, você tem um aliado, usa seu aliado. Você vive do lado dele, então usa isso para te orientar, estar te lembrando... alguma têm tido uma boa aceitação, então assim, tem meninas, que você também deve saber, elas acham que a maturidade sexual ela é independente da idade dela cria a independência dela também. Você acha que agora que você tem relação sexual você deixou de ser menina e você virou mulher, mas você traz a sua mãe no consultório. Então você é uma menina ou você é uma mulher? até que ponto você é menina e até que ponto você é mulher. Porque você sai daqui e você vira mulher, mas na hora que você quer conversar com o médico você vira menina, então tem essa distinção. Então se você está tendo atitudes de mulher, você tem que se comportar como mulher, agir como mulher, assim como eu falo com a adolescente. Como eu falei com essa adolescente: você é mulher, porque você está lidando com uma vida que está dentro de você, então você tem que lidar com isso. Muitas vezes ela não ouve em casa e tem que ouvir aqui. A nossa função como médico de família é justamente essa: e como eu procuro dizer: não sou agressivo, procuro ser incisivo, às vezes a pessoa pode até sair chateada daqui, mas uma mosquinha vai estra na cabecinha dela para tentar refletir a respeito disso.

Ent: E essa escolha, quais os critérios que você usa para fazer a escolha dos métodos contraceptivos?

M07: a gente tenta entrar em consenso comum com a paciente. Eu acho o oral mais benéfico para a paciente, ainda mais com a jovem, porque o injetável tem uma carga hormonal muito forte e eu quero saber como ela vai iniciar com o oral, porque de uma certa maneira, indiretamente, ela está se responsabilizando pela própria contracepção dela né? Porque às vezes o mensal ou o trimestral, o DIU... eu acho que a paciente não se responsabiliza tanto com a vida sexual dela. O contraceptivo é uma maneira que ela tem de estar lembrando da sua sexualidade. É uma responsabilidade dela, né?

Ent: E esses outros métodos como você disse, o DIU, por exemplo, tem alguma procura aqui para ti?

M07: Olha, tem aumentado a procura sim porque agora nós temos uma ginecologista semanal aqui e ela tem um espaço na agenda dela que ela faz a inserção do DIU, então tem aumentado nos últimos anos, mas não para pacientes jovens, já em pacientes já numa faixa etária mais estável, já com uma família formada.

Ent: E os métodos de esterilização, você tem procura?

M07: bastante. A vasectomia mais comum, é um procedimento mais fácil e rápido, tem uma boa procura também.

Ent: e os homens te procuram?

M07: me procuram! E eu acho que essa conscientização tem melhorado bastante. Eu tenho 14 anos de formado, mas nos últimos 10 anos eu tenho visto que tem gente muito mais preocupada, mas são pessoas que já estão na faixa de 25/30 anos, porque quando tinham 15/16 eles não tinham essa preocupação. Agora que eles são os provedores da família eles falam que é melhor fazer o processo de vasectomia. A parceira também tem toda essa mística do anticoncepcional, que vai engordar, vai ter espinha, vai diminuir a libido... e aí eles optam por fazer a vasectomia que pé muito mais tranquilo para eles, o que não deixa de estar correto, mas a procura é bem grande mesmo.

Ent: E tu achas que por seres homens é mais fácil eles te procurarem?

M07: por eu ser homem, eu não sei assim... porque eu acho que não, eles são bem tranquilos com relação a isso, até porque em todo o processo de vasectomia por tudo que eles passam eu sou a última instância com relação a isso. Às vezes eles vem me perguntar como é o procedimento, se não vai diminuir o desejo ou vai ter problema de ejaculação e de ereção. Então eu procuro orientar bem com relação a isso, para estar fazendo o procedimento... eu nunca tive nenhuma recusa.

Ent: e como que tu percebes a rede para a vasectomia?

M07: Como eu percebo? Eu acho boa, eu acho que tem atingido uma margem os dos pacientes que procuram, o tempo de espera relativamente curto, e o sucesso do pós-vasectomia é sempre bem-sucedido então é relativamente boa.

Ent: E da laqueadura? E a procura pela laqueadura, tem?

M07: Olha a procura pela laqueadura até tem, mas parece que existe um obstáculo em relação à maternidade, eles procuram não estar fazendo a laqueadura. Eles procuram estar orientando muito mais o processo da vasectomia que para o homem vai ser muito mais prático o procedimento é muito mais rápido e até mesmo muito menos invasivo. Então as mulheres já saem com esse conceito que não é muito mais fácil meu marido fazer a vasectomia do que eu a laqueadura. E pela própria rede a gente identifica isso também. O homem fazendo a vasectomia a e a mulher acabando por desistir da laqueadura. Para ficar mais simples vamos fazer a vasectomia.

Ent: e como é a tua vivência com relação às DSTs?

M07: Eu acho assim preocupante, eu vi o número de sífilis aumentar significativamente. Eu trabalho no PA também e agora com essa questão que a gente que realizar os testes rápidos, deu um aumento... e isso me chamou bastante atenção. Há alguns anos atrás, ela estava praticamente erradicada, só em áreas mais carentes assim que a gente podia identificar e agora e principalmente na população jovem tem aumentado muito. Mas daí a gente volta naquela questão de educação sexual que achar que a liberdade está na questão da sexualidade e daí entra no caso de promiscuidade, eu não diria que a mídia influencia em relação a isso, é difícil de te dizer, mas é que eles já nascem com esse conceito. Hoje em dia, é muito exposto, eu não tenho nenhum preconceito com relação a isso e quero que isso fique bem claro, mas eu acho que tem que ter um pouco de responsabilidade em tudo que a gente faz... Eu tive meu momento de jovem, tive parceiros diferentes, mas sempre com responsabilidade, eu acho que hoje eles têm acesso a informação, mas eles não têm responsabilidade.

Ent: uma coisa evolui e não acompanha a outra...

M07: É evolui uma coisa e não evolui a outra.

Ent: E a tua vivência com os rastreios de câncer de colo e de mama?

M07: Olha, eu na realidade tenho pouca vivência com relação a isso. Eu não trabalho muito com a coleta de preventivos, e nem com a mamografia, a gente trabalha mais baseado nos laudos que a gente recebe aqui, mas sempre com a campanha da coleta de preventivo, que ocorre semanalmente aqui, são poucos casos que eu tenho aqui, eu não lembro de ter visto nenhum caso de câncer de útero ou de mama, mas a procura em relação à saúde da mulher é boa. O homem é que é mais ou menos, né?

Ent: Como é a tua vivência com relação ao pré-natal

M07: O pré-natal é ótimo, é um programa que funciona muito bem aqui. Eu atendo semanal mente de 8 a 1 gestantes, dificilmente faltam, certo. Costumam vir tanto nas consultas médicas quanto de enfermagem, geralmente quando falta a tem que estar fazendo uma busca ativa... às vezes mudou de município e não avisou. Aqui é uma área com população muito migratória porque o tráfico aqui é muito forte, então tem muita gente que sai, que vai morar com os pais, mas eu acho que a abordagem inicial do pré-natal é muito importante, como é no caso dessa menina de 16 anos. Eu acredito que ela vai

voltar, porque a gente tem que saber acolher, porque querendo ou não querendo é uma fonte de segurança. Hoje ela até veio com o parceiro dela, que também é jovem, tanto quanto ela. Eu acho que o bem acolher, você fazer com que a pessoa se sinta segura, você acaba fidelizando esse paciente e ele começa a vir com certa frequência nas consultas de pré-natal. Meu número de faltas no pré-natal é bem baixo.

Ent: Como tu percebes a rede naquilo que tu precisas para fazer o pré-natal?

M07: olha, como eu percebo? É difícil, assim. Reclamam muito da assistência secundária, que é a maternidade. Outras elogiam bastante, mas eu acho que tem muita carência e tem muita coisa para melhorar lá. Eu acho que a gestante passa por situações que um momento tão sublime que é dar à luz a um filho acaba sendo um momento traumático, então eu já vi bastante caso de depressão pós gravidez, justamente pelo trauma que passou durante o procedimento de cesárea... do parto ... então assim é difícil de te dizer como está funcionando lá. A gente só tem uma referência e o número de gestantes é absurdo, além de outras complicações e eles tentam humanizar aquilo o máximo possível, mas às vezes eu não sei se é o suficiente ou não. Em relação à atenção primária, eu não vejo nenhum problema que me chame a atenção.

Ent: e com relação ao puerpério aqui para vocês?

M07: O puerpério eu costumo vincular com a puericultura então a primeira consulta com a criança eu já costumo chamar a mãe então funciona bem, a gente tem uma agenda reservada para isso, a enfermeira faz a primeira visita domiciliar e já deixa agendada a consulta de puerpério até 40 dias após o parto e daí que a gente consegue descobrir como foi o parto, como está a maternidade e a partir daí que consigo ter alguma referência, do relato das próprias puérperas do que de uma atenção de um profissional de saúde em si... eu te confesso que nunca fui atrás de uma referência para saber do acompanhamento, então assim a minha procura do puerpério é tranquila, a gente já faz a orientação do contraceptivo que ela quer usar, se tem interesse em usar o DIU, incentivar a amamentação e é bem tranquilo.

Ent: já esteve em algum caso que envolvesse infertilidade?

M07: Infertilidade? Eu não me lembro de coisas assim, eu me lembro de um paciente que eu atendi, que havia a possibilidade de infertilidade, mas ele não voltou. Eu solicitei os exames, mas não tive a resposta, aqui em Joinville, não. Já em outros municípios que eu já trabalhei já tive casos de infertilidade.

Ent: E como foi a rede naquele momento?

M07: A rede deu um apoio legal, propiciou o necessário para ele, como o acompanhamento com psicólogo, passou com urologia.... então teve um feedback que foi bem justo.

Ent: Já esteve envolvido em situação que envolvesse aborto? Tanto espontâneo quanto não espontâneo?

M07: É eu já tive mais casos de aborto espontâneo, principalmente em pronto atendimento. Aqui na unidade não. Já tive casos de aborto assim. É uma coisa que é uma rede meio complicada, porque a gestante chega numa unidade de pronto atendimento, onde a gente não tem referência ginecológica ou obstétrica nenhuma e a gente vai entrar em contato... às vezes até início de gestação e nem abriu a carteira dela de pré-natal, então ela fica lá sangrando e a gente tem que esperar um beta para confirmar a gravidez dela para poder encaminhar. Clinicamente a gente vê que é um quadro de aborto espontâneo, alguns até recebem.... mas é uma rede e às vezes até burlo essa rede, sabe, porque eu coloco numa ambulância, escrevo uma carta de encaminhamento porque tem que ir, tá com muita dor, com muito sangramento, tem que passar por uma intervenção, o mais rápido possível porque a paciente vai chocar e eu não quero que choque na minha mão, então às vezes eu passo por cima dessas coisas burocráticas de pedir o Beta-HCG, que é uma coisa que a gente já sabe...isso trava a gente. O número é baixo, é relativamente baixo, mas já lidei com algumas coisas. Mais espontâneo, não espontâneo não me lembro de ter me deparado com uma situação dessas.

Ent: e alguma vez já parou para pensar se tu tivesses se deparado, como você lidaria com isso?

M07: olha, é difícil saber como a gente poderia lidar...é que depende da paciente, envolve muita coisa, se ela provocou... é difícil, teria que ser meio que de momento, o que levou ela a fazer aquilo, não sei te dizer.

Ent: já esteve em alguma paciente, ou caso que envolvesse violência? Tanto sexual, de gênero ou intrafamiliar?

M07: já, bastante vezes, assim a gente costuma... nem sempre é num primeiro contato, né, mas inclusive a gente volta até para a sexualidade... a pessoa recém casada que se sente na obrigação de ter relação com o marido, mas profundamente insatisfeita, daí acha que o marido pode estar... ela está traindo o marido e tudo, tenta fazer um feedback, buscar aquilo e ela vê que tem histórico de violência sexual na infância, então a raiz de todo aquele foco está desde a infância dela, então você tem que trabalhar aquilo, tentar desenvolver, tranquilizar, talvez ela esteja com uma pessoa que ela realmente

goste, que o prazer vem aos poucos, que vai deixar de ser traumático e vai passar a ser prazeroso, né? E de gênero.... tem crescido muito o número de homossexuais, principalmente já na adolescência ele começa a se manifestar sinais e são bem reprimidos, tanto na escola, em casa, na sociedade em si; eu procuro tratar de forma indiferente qualquer paciente, eles procuram até para a saber se é uma doença ou não é. Eu digo que não, eu digo que às vezes... quando é menor eu tenho que chamar a família, a gente sabe que a figura paterna sempre tem mais rejeição a isso, a gente sabe que a mãe sempre acaba acolhendo melhor, e a pessoas à vezes em determinadas fases já largou a família, já está morando com o parceiro, mas tem muita gente jovem e confusa com relação a isso, então às vezes eles procuram a orientação para saberem se isso e certo, correto..., se está certo ou não, tem um trauma psicológico com relação a isso... mas eu acho que tem um número cada vez maior e também eu vejo muita irresponsabilidade neste meio aí, como em outros meios, mas a promiscuidade e daí começam a aparecer as DSTs... talvez por isso que tem aparecido esse alto número de sífilis e essas coisas assim...

Ent: e o climatério, tem bastante queixa com relação ao climatério?

M07: razoável assim... acho que não é uma coisa que chame muito climatério. As pessoas vêm com sintomas do climatério, às vezes já acham que é a menopausa, a gente tenta explicar como funcionam os sintomas, que não é uma doença em si, e sim um processo de amadurecimento da mulher, que tem que fazer os exames, que tem que investigar... tem a terapia de reposição hormonal que é uma faca de 2 gumes, que é uma briga... até que ponto é benéfico, até que ponto pode ser prejudicial para a paciente, então é um manuseio muito minucioso em relação a isso, a gente tem que saber lidar, às vezes trata algum sintoma, sendo o mais comum os calorões, o fogacho ou a diminuição do desejo sexual. Ou se necessariamente tem que ter uma terapia de reposição hormonal. Tendo uma gineco na unidade facilita bastante, eu nem preciso estar encaminhando a paciente à ginecologista. Às vezes eu troco informações com ela e ela ajuda orientando para essa paciente da melhor maneira possível.

Ent: Você fez alguma vez alguma ação na comunidade para esse tema de saúde sexual e reprodutiva?

M07: Então, para você ver como é... eu estou aqui fez um ano em janeiro, então faz quase 1 ano e meio aproximadamente aqui e existiu uma determinada época uma campanha sobre educação sexual na escola, mas agora está tendo uma barreira ente escola e saúde. Parece que os horários não estão sendo muito condizentes entre a saúde e a escola, a diretora ... está tendo umas barreiras... a gente já se manifestou diversas vezes e está se prontificando, com qualquer profissional de saúde, seja uma enfermeira, um técnico ou até mesmo o médico em si... a gente está procurando esses jovens para estar orientando em relação à educação sexual, mas a gente está tendo uma certa resistência, e isso é bem ruim, é bem chato.

Ent: como foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva?

M07;A minha formação , olha, a minha formação foi assim, eu acho até que foi um pouco precoce assim, foi com uns 12/13 anos por aí eu já comecei a me interessar por ter relação sexual, meu pai , em si era assinante de revistas masculinas, eu acho que foi exposto ali, já comecei a me masturbar desde aquela época e eu tive a minha primeira relação sexual com uma profissional, tive a minha primeira relação sexual com uma prostituta, e confesso que não gostei, não achei prazeroso, foi mais mecânico, do que prazer. Mas daí com o passar do tempo eu comecei a namorar, com 16 para 17 anos, eu tinha uma namorada e fiquei 1 ano e meio mais ou menos assim e aí que foi natural assim, mas que nunca tive ... no começo essa coisa de adolescente, que você quer toda a hora assim, né, mas eu nunca tive múltiplas parceiras... eu tive uma parceira no início da minha adolescência, nunca fiquei procurando muitas parceiras... não diria e não vamos criar parâmetros para o correto, mas não tive traumas em relação a isso, mas também nunca... dentro de casa eu nunca me abri, eu fui, perdi a minha virgindade e nunca ninguém se manifestou interesse em relação a isso. Nem meu pai, nem minha mãe me perguntaram em relação a isso: "como é que você está?", se está namorando ou não.... até mesmo quando eu tinha minha namorada em casa, provavelmente eles já sabiam e nunca ninguém falou nada.

Ent: O que você conhece da política municipal sobre saúde sexual e reprodutiva?

M07:Muita pouca coisa, muito pouca coisa do que eles fazem aqui. Eu vejo aqui por exemplo se eu for falar pela área onde eu trabalho, se atua no município eu não sei, porque não vejo ninguém tendo nenhum tipo de orientação, ou informação, ou sequer auxílio com relação a isso, a não ser quando a coisa fica extrema quando está visível o caso de abuso sexual, aí intervém, mas sinceramente eu conheço pouca coisa sobre isso. Eu acho muito fraco.

Ent: E da política nacional?

M07: Então... aí é que eu como estava falando, puxei alguns artigos em relação a isso, para não ficar tão despreparado com relação a essa entrevista. Eu acho o Brasil um pouco imaturo com relação à política sexual, não só os políticos como a população em si. A gente está vivendo uma época de extremos, tanto do ponto de vista político, o político de direita acredita ser correto, o político de esquerda

acredita ser correto, porque é de esquerda é homossexual, e o de direita pode ser um estuprador, não é? Então é uma coisa absurda e a sexualidade cada vez mais a mostra, o que eu não sou nada contra, mas desde que seja com responsabilidade, mas eu acho que o Brasil pode ter uma educação sexual melhor, mas eu acho que o Brasil ainda é muito atrasado em relação a isso, mas eu acho que a população também é. Políticas em relação a sexualidade no Brasil eu acho muito atrasada, mas eu acho que ela caminha de braços dados com a população.

Ent: E a tua graduação na faculdade, como ela foi com relação a saúde sexual e reprodutiva? como tu consideras?

M07: Ah, então é uma coisa meio assim né, faculdade é uma loucura, então assim, foi muito namoro, é....

Ent: e a graduação e o curso, te supriu da necessidade?

M07: Muito pouco trabalhado isso, muito pouco trabalhado isso, é um tema que foi muito pouco levantado, não me lembro de a gente ter discutido muita coisa em relação a isso, de ter feito estudos, ou algumas rodas de conversa. Na minha graduação passou completamente batido. Eu comecei a vivenciar mais isso quando eu comecei a trabalhar em saúde pública mesmo, na faculdade, realmente eu trabalhei muito pouco. Mais uma vez, eu volto a falar no processo de educação, que deveria ser trabalhada desde a escola e quando a gente se depara com isso muita gente julga porque não preparada... então o Brasil ainda não está maduro para isso

Ent: existe na profissão alguma regra, algum comportamento que é aprendido com relação a este tema e que não esteja escrito que você perceba, de comportamentos, de condutas...

M07: Não sei te dizer... não entendi bem essa pergunta...

Ent: Se existe algum comportamento da profissão, alguma regra, explícita ou não que às vezes existem algumas regras que se prende e que isso não está escrito em lugar nenhum, isso existe na tua conduta em relação a saúde sexual e reprodutiva?

M07: Não, eu procuro estar bem tranquilo com relação a isso, estou meio que desprovido de regras assim, vai de acordo com a situação em si.

Ent: disso tudo que a gente abordou, você acha que existe algum outro assunto que a gente não conversou aqui, que a gente não falou aqui e que você gostaria de conversar?

M07 olha, não, né, acho que basicamente é isso, eu acho que tudo... a raiz de tudo é a educação. A saúde e a escola, a educação tem que andar de braços juntos com relação a isso, porque a gente anda num crescente muito grande. Eu não sei até onde isso vai parar. Eu tenho um filho que vai entrar numa fase de adolescente, que tem 10/11 anos de idade, ele ainda não mostrou nenhum sinal de sexualidade, embora a gente, ele saiba a definição de homossexualismo, ele sabe a definição de sexo, a gente tenta trabalhar de forma lúdica, de uma maneira branda para ele ser um jovem, um adulto responsável, mas a gente não encontra isso em todos os lares. Então quando uma pessoa vê um homossexual na televisão ou na política, ou ... já é taxado de preconceituoso, já é hostilizado de certa maneira porque não teve essa educação na infância, eu na minha infância já convivía com homossexuais, de primos e tios que são homossexuais e então foi uma coisa que fluiu naturalmente, então eu cresci não tendo esse tipo de preconceito ou imagem de homossexual, porque a minha educação foi feita para isso, mas a maioria da população não estão, então quando se entra nessas redes sociais, que a pessoa não pode mostrar a cara, então hostiliza mais ainda, é uma coisa que me causa um desconforto tremendo... é uma coisa que eu procuro até me abster de redes sociais porque me incomoda muito.

Entrevista 130418E08

ENT: Você poderia e descrever de uma maneira ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária?

E08: sim... Aqui a minha rotina é o que eu tenho mais contato são com as mulheres, os homens são muito poucos, quando eles vêm nos procurar por algum motivo..., mas a procura maior é das mulheres no exame preventivo. Há a procura no pré-natal, mais no exame preventivo que elas questionam alguma coisa, que a gente até, além do histórico delas no exame se evidencia alguma coisa que pode estar associado a algum sinal de doença sexualmente transmissível a gente aborda o assunto, mas é na minha realidade o contato que eu tenho maior é nas mulheres e na ocasião do exame preventivo. Eventualmente as escolas nos solicitam e a gente vai, faz alguma atividade com os alunos, mas isso não é uma rotina, é eventualmente, conforme a solicitação deles, mas eu não um espaço na agenda: olha, esse espaço é destinado para esse assunto: saúde reprodutiva, planejamento familiar... A gente aborda conforme a procura do usuário. Na minha equipe, tanto eu enfermeira quanto o colega médico, a gente não tem o espaço destinado para isso, específico para isso... Conforme a procura do...

Ent: você disse que elas procuram bastante para o preventivo e quais são as dúvidas que elas mais te trazem nessa oportunidade?

E08: geralmente elas vêm quando tem algum sintoma: "ah to com um corrimento", "to com uma feridinha aqui", então a gente aproveita para avaliar, oferece os testes rápidos que hoje a gente tem disponíveis



e que eu acho que foi um ganho bastante interessante porque às vezes a gente tem pego... Não é um número muito significativo, mas é coisa que a gente agiliza mais. É bem mais fácil que a gente ter que encaminhar para o laboratório para fazer o exame lá. Geralmente a dúvida delas é com relação a isso, quando tem algum sintoma. Ninguém vem aqui para perguntar ou conversar sobre uma maneira de prevenção... Até o próprio preventivo, a maioria delas vem quando tem... Elas acham que o preventivo, elas confundem, elas não entendem que o preventivo nem é um exame específico para pesquisar esse tipo e coisa. Elas vêm, o câncer elas nem lembram muito, é mais quando tem algum sintoma e para investigar para ver se tem alguma coisa. Planejamento familiar muito poucas vem procurar algum aconselhamento, alguma orientação. O que elas querem mesmo é a receita do anticoncepcional. Quando você marca um grupo ou alguma coisa, a adesão é muito pequena. A gente já tentou fazer isso com o resultado do preventivo, quando ainda está atrelado ao resultado do preventivo, elas vêm por conta do resultado do exame para pegar, mas se você programa uma ação é bem complicado porque elas não... A procura é muito pequena. Com relação aos parceiros é mais pequena ainda. Eu sempre ofereço em toda a consulta de pré-natal eu falo do pré-natal do pai. Eu oriento: olha o seu parceiro também está convidado para participar das suas consultas e se ele não puder, até por causa do horário de trabalho, a gente oferece ao menos uma consulta para ele se for do interesse dele para fazer a realização destes mesmos exames que eu estou fazendo em você, que são os testes rápidos. Então eu ofereço para todas e na primeira consulta eu já falo. Se eu for te dizer um percentual de quantos que já vieram, olha, muito pequenino... Nem 1% da totalidade, sabe? É bem pequena mesmo. Eles quando vêm é porque tem alguma suspeita, quando passou por uma situação de exposição, mas assim, por conta própria, por iniciativa pensando na prevenção, não tem.

Ent: você disse da procura do preventivo que é muito pouco para o preventivo... Como que tu percebes a rede?

E08: eu acho que o acesso está satisfatório, pelo menos aqui na nossa unidade e nos outros lugares onde eu trabalhei também, antes a gente trabalhava com agendamento, mas a minha agenda sempre foi bastante ampla: de manhã, à tarde, pode vir, tal... Agora com o acesso avançado nem se fala, porque agora chegou a gente está fazendo. Só a tarde eu tenho algumas restrições por conta de dias de reunião, enfim..., mas a tarde eu abro uma vez por semana, mas é negociável se ela não puder vir nesse dia específico se ela não puder vir nesse dia específico, de repente... Eu sempre faço nas quintas: "mas quinta eu não posso porque eu trabalho nas quintas". Então vamos ver outro dia, pode ser que seja em outro dia da semana. O acesso eu acho que é... Eu não vejo problemas nisso. Tanto quando era agendado quanto no acesso avançado. Só não faz quem não quer mesmo. Porque a gente oferece bastante opções, a gente está bem maleável na questão de contribuir para facilitar para elas. Então eu não vejo problemas nisso.

Ent: e como tu percebes de você para frente? Quando é necessário encaminhamento...

E08: também não vejo dificuldade, a gente consegue... A gente tem acesso à patologia de colo, para encaminhamento para a patologia de colo, o que eu vejo a dificuldade que às vezes a gente tem, na patologia de colo não, porque a gente consegue, né... Agora com relação ao encaminhamento ao ginecologista, que não são os casos de encaminhamento à patologia de colo, eu acho que precisava dar uma revisada nisso, porque assim a gente na nossa realidade a gente tem 1 profissional só e assim eu acho que a gente deveria ter mais opções, né por questão assim, né de atualização até, do profissional... A gente ouve muitas coisas que bate e volta e a gente fica meio assim porque tem que fazer alguma coisa e a gente não pode fazer porque a gente não tem... E aí a gente faz o quê agora? Já foi, voltou... Entendeu, então talvez poderia ser revista essa questão, sabe, da atualização do profissional, talvez de ter um outro profissional disponível, porque as vezes as próprias usuárias não se identificam e falam: "ó, se mandar eu nem vou!" Sabe, é complicado. Essa dificuldade, sabe? Que eu sinto aqui, mas no mais, tranquilo.

Ent: você disse que tem bastante com relação aos testes rápidos? Como está a vivência de vocês com relação aos diagnósticos?

E08: ó, graças a deus não é uma coisa tão comum você pegar um alterado, mas por exemplo, o que é mais comum dos 4 é o HIV a sífilis. Daí assim: a sífilis a gente já encaminha para o médico para avaliar e começar o tratamento e o HIV já encaminho para o serviço na unidade sanitária, para o SAE, não tem problema a gente encaminha e eles fazem a triagem deles... Eu não vejo problemas. A sífilis da gestante é o que eu vejo agora... Tem na secretaria eles estão trabalhando um projeto piloto para fazer um monitoramento e acompanhamento dessas mulheres, mas quando não faz aqui a gente... Eu estou com uma que já no outro relatório apareceu o nome... Ela não fez o pré-natal aqui, ela veio só em uma consulta e na verdade ela veio pedindo um encaminhamento para a maternidade porque se por algum motivo que eu não lembro agora mas ela precisava fazer o acompanhamento lá, ela estava fazendo pré-natal pelo privado, mas ela nunca fez nenhuma consulta na unidade, ela só passou pelo médico, nem passou por mim, então não foi feito teste rápido nada e manteve o acompanhamento pela

maternidade e pelo privado. Então quando veio o nome dela nesta lista: mas eu não conheço, nunca vi... Fomos rastrear e veio em uma consulta só com o médico, que fez o encaminhamento e eu não consigo falar com ela, entendeu? E naquele relatório pede tudo, a data da... Não sei se você conhece, you viu né, é um negócio beeeem... eu vou te falar como enfermeira: eu (nome da entrevistada), parece que eu estou deixando, sabe? Mas ela mudou do bairro, não tenho... O companheiro mudou de cidade, não mora aqui e agora veio de novo o nome dela nessa última. Então de sífilis eu vejo que a gente tem essa dificuldade de conscientizar... No caso dela eu nem sabia, o diagnóstico não foi feito aqui, mas já aconteceu outras situações de a gente fazer todo o diagnóstico aqui de a gente fazer toda a orientação e aí você tem que ficar buscando, porque ela não veio no dia de fazer a injeção aí você busca de novo e tem que ficar buscando, daí não faz, daí o parceiro não faz... Ano passado aconteceu uma situação que o parceiro não faz e diz que fez e o bebe quando nasceu foi considerado um tratamento inadequado, porque não tinha a comprovação de tratamento do parceiro e o nenezinho tem que passar por aquele sofrimento, tem que ficar internado só para fazer as injeções. Então eu vejo assim essa dificuldade dessa busca de quando, embora você informe, você tenta conscientizar, mas isso não depende da gente. Só que também eu não sei como a gente poderia... Porque é uma coisa da pessoa eu não sei que instrumentos, como a gente poderia trabalhar, sabe, para poder melhorar isso. Tanto que os casos de sífilis é uma coisa que está bastante já faz um tempo e em gestante está sendo bastante comum, né?

Ent: me conta um pouquinho da tua vivência de pré-natal?

E08: então a minha vivência de pré-natal... Eu tenho a especialização de enfermagem obstétrica, então eu faço do começo até o final... Aqui e graças a Deus a gente tem uma parceria bem boa, eu acho que em todos os PSF, saúde da família, os médicos e enfermeiros trabalham em alternância das consultas. Daí eu faço a primeira consulta que é bastante demorada porque tem bastante coisa, que já deu o exame de gravidez positivo a gente já segura ela para já fazer tudo... Então é bem demorado porque tem muita coisa pra fazer, daí encaminha para o médico para ele fazer a prescrição do ácido fólico, embora a gente tenha um protocolo que nos respalde, nós enfermeiros a fazer essa prescrição, eu não me sinto segura em prescrever medicamento, eu passo para ele e a gente vai alternando as consultas. Depois da consulta dele ele já agenda pra mim e a gente consegue manter uma média, ou na maioria delas a gente consegue manter uma média de 8/9 consultas, algumas mais, até 10 consultas, dependendo da situação, se tem alguma situação que a gente precise monitorar de perto, mas poucas a gente precisa fazer busca ativa, porque realmente elas são... elas vêm geralmente, é uma ou outra que a gente tem que ficar correndo atrás e só o grupo da gestante que é complicado a adesão. Estou tentando fazer um grupo, já faz mais de 1 ano e aí a gente faz, eu fiz um cronograma, coloquei vários colegas de várias categorias para participar, então dentista, psicóloga, nutricionista, a gente..., mas é complicado e não só na minha área. A gente convida de todas as áreas, então se você for considerar nós aqui, eu tenho hoje 18 gestantes, se eu for considerar 20 cadastradas, seriam 80 gestantes, pois somos 4 equipes e se convida 80 gestantes e vem 3, sabe, a última que teve eu fiquei até com vergonha, porque foi a nutricionista, foi semana passada até, era para ser na sexta-feira passada, e não veio nenhuma. Então é complicada, porque você fica frustrada, porque a gente convida, a gente oferece, faz o convitinho, tudo bonitinho, mas é difícil conseguir trazer, isso é uma coisa que me deixa, é tanta coisa que a gente nunca vai conseguir falar o que se fala num grupo, falar numa consulta. Esse momento é para a gente conversar sobre as coisas que a gente não tem tempo de conversar nas consultas. Então a gente disponibiliza isso para a gente poder trocar né.... Mas infelizmente o interesse delas não...a gente ainda descobriu o que a gente poderia fazer para trazer.

Ent: como tu percebes a rede de apoio para o pré-natal?

E08: olha, eu vejo algumas dificuldades lá com a nossa maternidade de referência, acho que a questão da atenção deles para o que a gente escreve nos nossos encaminhamentos, que às vezes você tenta ser o mais detalhista possível, você justifica o porquê você está fazendo aquilo e daí bate e volta, bate e volta... Até que acontece a complicação lá no final. Comigo já aconteceu uma situação que eu tive que eu tive que... Graças a deus não culminou com o óbito nem de um, nem de outro, nem da mãe, nem do bebê, mas se a gente não tivesse pegado o telefone e: olha aqui está acontecendo isso, vocês estão esperando acontecer o que? Entendeu? E já tinha vários encaminhamentos. Ali, ó, resultados de exames bem evidentes, sintomatologia... Então eu vejo essa dificuldade, sabe? De não sei como, acho que é a questão de prestar um pouquinho mais de atenção para o que a gente está escrevendo ali, porque a gente está encaminhando...

Ent: e a tua vivência do puerpério?

E08: minha vivência do puerpério... Quando a mãe vem para fazer o teste do pezinho, a gente já pega ela e o nenezinho, quando dá... A maioria das vezes dá. Os técnicos já estão preparados para isso. Então, chegou m teste do pezinho: "ó tem um bebezinho seu aí". Então a gente dá um jeitinho. Quando eu não posso ir, o médico vai. A gente tenta ao máximo possível ver os dois nesse momento, que é o

momento mais precoce que tem, né? Pra gente, e aí a gente já vê a questão do aleitamento materno, como é que está, se está conseguindo pegar, como está a pega... Na maioria das vezes eu consigo fazer o exame físico nelas e no nenêzinho... Verifico a pressão delas, vejo o peso, coloco na maca para ver a involução uterina, alguma coisa assim. E normalmente a gente já consegue fazer nessa ocasião do teste do pezinho. Quando não dá a gente já prioriza a visita domiciliar, porque a gente recebe as DNS, as carinhas, né? E aí a gente faz, ou eu ou o médico. No dia da nossa visita daí a gente vai e avalia. E aí depois já deixa agendada uma consulta médica até 30 dias depois. Geralmente é quando o bebezinho vem para a consulta de puericultura de 30 dias e a gente já agenda os dois, para conversar com o médico, para ver o método anticoncepcional que ela vai optar para usar. Mas neste momento aqui eu já oriento, olha agora não dá para usar hormônio no pós-parto imediato, então se acontecer alguma coisa usa o preservativo, falo a respeito do aleitamento, se estiver amamentando você tem uma chance... Exclusivamente, como se fosse um método, mas não dá para confiar só nisso, então eu sempre falo para associar um preservativo antes do método hormonal depois do puerpério imediato. É bem fácil também de a gente conseguir acompanhá-las nesse período.

Ent: e como é a tua vivência no planejamento familiar mesmo?

E08: então, é muito pequena... É o que eu te falei, é na ocasião do preventivo que elas perguntam alguma coisa, que a gente conversa, dependendo do interesse delas também, é o que eu percebo uma dificuldade que a gente tem é para essas já multiparas, ou que têm alguma restrição para uma próxima gravidez que elas perguntam da laqueadura. A vasectomia é fácil, é tranquila, a gente consegue, encaminha... Está indo bem tranquilo mesmo, só que nem todos os parceiros querem fazer por causa dos mitos aí da sexualidade, da potência e tal, então, por mais que a gente converse, não tem uma procura muito grande, mas eu acho que já aumentou, aos pouquinhos a gente vai... Só que a laqueadura a gente sabe que tem uma dificuldade muito grande para encaminhar. Hoje o protocolo da secretaria da saúde é muito criterioso e é bem complicado, então, e tem algumas que a gente sabe que se não for por esse meio, embora não seja naqueles critérios de risco de morte da mulher ou de risco de morte do feto, mas tem a questão social e tem outras coisas aí e que não conseguem... Então eu vejo essa dificuldade... Poderia ser um pouquinho mais, sabe, já se parte da vontade, se tem aqueles critérios mínimos da idade e de paridade, de número de filhos, eu acho que deveria ter algumas outras opções ali que a gente conseguisse incluir. Eu acho a questão social bastante importante, então eu vejo essa dificuldade no planejamento familiar, sabe. No mais, aqui... Os insumos, os métodos, hormonais, os preservativos... Às vezes o preservativo feminino a gente percebe que não está... Às vezes acontece de estar em falta, mas a procura é muito pequena, a gente quase não vê mulher procurando preservativo feminino e aqui na nossa unidade a gente agora está bem bom porque tem uma médica, a (nome da médica), faz a inserção do DIU, então está tendo uma procura bem boa e a gente encaminha, né? Aí a gente oferece e isso, nossa ajudou bastante, acrescentou bastante e está tendo uma procura boa, elas estão se interessando pelo método e isso ajuda bastante.

Ent: entendo... E agora para o outro extremo: você tem alguma vivência com infertilidade?

E08: deixa eu ver, que eu me lembre... Olha teve assim um caso u outro, que eu não cheguei a acompanhar, que daí elas falam aqui, a gente questiona, encaminha o casal, para investigar, para... Mas não posso dizer de uma situação específica que me... não, que eu lembre não...

Ent: e adolescentes, tens vivência? Adolescentes nesse tema de saúde sexual e reprodutiva?

E08: não, só na escola como eu te falei, quando há uma solicitação por parte da escola que a gente vai e conversa, mas eu não tenho assim... Algumas mães trazem: "ah minha filha..." Ontem teve uma: "ah, (nome da entrevistada), a minha filha menstruou agora, será que eu poderia trazer ela para conversar com você?". Daí eu: pode vir tranquila... Mas é muito raro, sabe, é muito raro mesmo, não é uma rotina e na escola quando a gente vai eu sempre me disponibilizo: olha se alguém quiser ir lá conversar com a gente, na unidade, pode ir, pode... Mas não tem nada mais que isso, não tem um espaço na agenda ou qualquer coisa.

Ent: e quais as abordagens vocês usam lá na escola?

E08: você sabe que trabalhar com adolescente é um negócio... Ah a gente tem que ter um jogo de cintura, sabe... Eu tenho uma certa, eu não tenho uma bagagem muito grande para trabalhar com adolescente, então quando eu vou eu tento chegar de uma maneira mais assim tranquila, no sentido de não chegar: olha eu vou conversar com vocês sobre sexualidade, entendeu? Porque senão fica um negócio muito assim e os meninos já começam a fazer piadinha. Às vezes eu até peço para fazer separado as meninas dos meninos porque eu acho que eles se sentem mais à vontade de fazer pergunta se não estiver tudo junto. Às vezes as meninas querem fazer pergunta e os meninos estão tudo ali, a paquerinha está ali, enfim..., mas já aconteceu de fazer tanto separado, né de meninas e meninos e de tudo junto. Então eu vou assim, eu não levo nada muito pronto, porque eu acho muito cansativo. Eu não tenho essa bagagem de ter esse jeitinho de, não levo nada muito pronto, chego lá e começo a falar, falo que sexo é legal, que todo mundo está aqui porque foi feito sexo, que ninguém

nasce se não tiver feito sexo, que nossos pais, mas que a gente tem que ter responsabilidade, e que não é igual bicho que faz com qualquer um na rua a qualquer hora e que a gente tem que ter... E aí eles vão participando e depois eu entro na questão da gravidez indesejada, da questão da doença sexualmente transmissível, mas primeiro eu chego com uma conversa e daí eles vão fazendo perguntas. Às vezes a gente leva uma caixinha e se alguém não quiser falar, pode escrever pôe aqui os papeizinhos e coloca aqui as perguntas e vai respondendo, né? E até que eles participam e daí me coloco à disposição, mas assim, ninguém nunca veio me procurar depois na unidade: “oh (nome da entrevistada), você estava lá e falou alguma coisa e eu queria perguntar...”, Uma vez só que aconteceu de uma adolescente vir me procurar mas nem foi por contato na escola antes. Ela chegou para mim e perguntou se, toda tímida, tadinha, ela perguntou lá na recepção que queria falar comigo. E ela perguntou: “a camisinha pode ficar lá dentro?”, eu falei: pode! por que? Ficou lá dentro? E ela: “acho que sim...”, eu falei se entrou com camisinha e saiu sem camisinha é porque a camisinha ficou lá dentro, né? Daí eu falei assim vem aqui e vamos ver! Daí eu fui colocar para fazer o exame especular e estava lá a camisinha lá em cima. Daí eu tirei, peguei com a pinça e estava aqui mesmo, tadinha. Mas eu achei bonitinho porque: e se não vem? Fica com aquele negócio lá dentro, faz uma infecção. Daí eu elogiei: olha, meu legal que você veio, se você não tivesse vindo isso aqui poderia complicar, se acontecer de novo, vem fala comigo, se você conhecer alguém que aconteça com alguma amiga sua você vem, porque ainda bem que você veio. Depois nunca mais aconteceu. Daí é isso, o único contato que eu tenho é quando elas vêm para o preventivo, mas...

Ent: já estive em alguma situação que envolvesse aborto, espontâneo ou não?

E08: humm, situação não. Às vezes a gente assim, acontece de abortar, geralmente é espontâneo, né? E a gente tem o conhecimento... Geralmente fez a primeira consulta de pré-natal, daí não aparece e a gente vai buscar, ou às vezes nem precisa buscar. A agente comunitária vê e fala: “ah a fulana abortou”, né, mas assim, não que tenha acontecido que elas venham aqui com alguma complicação... Pelo menos comigo nunca aconteceu, sabe, de tentar, é aquelas coisas que às vezes precisa ir para a maternidade para curetar, mas não de alguma complicação assim que tenha acontecido.

Ent: nunca apareceu ninguém que te demandasse, que te pedisse, isso, ou que demonstrasse...

E08: não, não, ah, assim... Esses dias aconteceu uma situação que na verdade esse caso acho que foi provocado. Mas foi uma situação específica, até eu coloquei em reunião, porque ela veio, estava toda nervosa, já tinha feito uns 2 ou 3 exames em casa, já tinha dado positivo e começou com chás para tentar interromper e não deu certo, chegou toda nervosa e eu fiz aqui e claro que deu positivo, só confirmou o que ela já sabia e daí uma situação assim bem complicada, porque ela estava separada do marido e aí nesse tempinho de separação ela teve uma relação com outra pessoa que não foi muito consentida e parece que foi um negócio assim meio à força, eu não sei, enfim e acabou que aconteceu a gravidez e ela estava pra voltar com o ex-marido e estava grávida de outro, então uma situação bem complicadinha, né e aí ela veio para a primeira consulta... E na hora eu não consegui fazer tudo, como eu te falei, na primeira consulta é muito demorada, então eu tentei garantir pelo menos o exame, porque ela queria saber, e, tal e ela queria confirmar para poder fazer o ultrassom e eu fiz e foi bem no finalzinho do período da manhã e eu falei: olha você volta à tarde, para poder falar com o médico para poder te dar o ácido fólico, porque agora não vai dar tempo e depois eu te entrego o teu cartão do pré-natal, porque na hora eu não consegui fazer também o cadastro no SISPRENATAL, eu falei, então você volta à tarde que eu te devolvo o teu cartãozinho com tudo prontinho, com o cadastro e a receita do ácido fólico. E aí, quando a gente faz... Porque o teste rápido eu já tinha feito, e aí para fazer os testes rápidos a gente pede para ela assinar aquele termo de consentimento e foi a única até hoje que se recusou, que não autorizou que a gente entrasse em contato com ela, porque tem aquela parte de autorizo ou não autorizo que entre em contato comigo, ela falou: “não precisa, eu já sou adulta, não precisa”. E eu, mas você não quer, às vezes você esquece da consulta... “não, não precisa”. Ela assinou e não autorizou que a gente entrasse em contato. O que aconteceu? Não apareceu à tarde, não veio no outro dia... Esperei uma semana, 2 semanas e tal e aí eu pensei: eu acho que ela deve ter feito alguma coisa para interromper. Aí, só que eu não poderia ir atrás porque ela tinha assinado o termo que ela não autorizava, entendeu. Eu até trouxe na minha reunião interna... Passei para a minha coordenadora: posso buscar ou eu não posso buscar? Legalmente eu posso ou não posso buscar. Ela ficou na dúvida, porque ela assinou e ela tem uma cópia disso que ela assinou e que não autoriza que a gente vá atrás. Ah, mas é um pré-natal, e daí você tem que pensar também no neném, daí ficou de ver se podia ou não podia, ela ia ver com o jurídico da secretaria se a gente poderia fazer busca, mas nem precisou porque na outra semana a agente comunitária chegou dizendo que ela tinha tido um aborto. Não entrou em detalhes, porque parece que tinha sido atendida... Ah, daí eu vi aqui, fui procurar no sistema se ela tinha passado em alguma outra unidade e tal. E eu vi que ela passou no PA 24h, mas assim, tinha o registro do atendimento, mas não tinha descrição, então eu não consegui entrar para ver o que ela

tinha ido fazer lá, mas eu já imaginei na hora: deve ter sido alguma coisa com essa gravidez. Daí depois a agente comunitária disse que ela tinha tido o aborto, mas aí...

Ent: já teve alguma vivência com relação a homossexual te procurando para orientação?

E08: já. Às vezes as mulheres no preventivo, elas abrem. Inclusive hoje eu atendi uma: "ah minha companheira". E homens já aconteceu também, mas muito pouco. Às vezes eles vêm também para solicitar algum exame quando teve alguma exposição e suspeita da possibilidade de alguma..., mas é muito pouco.

Ent: e tua vivência com vítima de violência: sexual, de gênero, intrafamiliar...

E08: hum, então isso é um pepino, quando chega para o conhecimento da gente... Quando é criança o conselho tutelar manda, o hospital infantil manda... A gente vai investigar... Agora recente aconteceu um caso também que não é mais da minha área, que é de outra equipe dos colegas aqui da unidade. A gente mantém o acompanhamento, né e vai se certificar, verificar se está passando em acompanhamento em outro serviço, no conselho tutelar, nos CRAS, né, e quando é, não é muito comum elas abrirem assim, sabe, às vezes você até suspeita e você pergunta: "não, não, não tem problema". Então o que eu oriento: você tenta informar a ela dos direitos, dos fluxos, dos locais que podem ser os locais aliados para tentar resolver o problema, oriento as agentes comunitárias também, né e oriento também que qualquer pessoa pode fazer a denúncia, e que não é só o profissional da saúde para fazer e que qualquer pessoa pode ligar no disque 100 e denunciar, mesmo que seja uma suspeita, não precisa ser um confirmação, né, porque eu acho que isso não pode ficar só, é na responsabilidade do serviço de saúde. Quando chega para mim e eu tenho o conhecimento que você tem certeza que você vê que a pessoa está te pedindo uma ajuda, a gente faz, sabe, mas eu acho que toda a sociedade tem que estar envolvida nisso. Todo mundo e não é só o serviço de saúde, não é só a assistência social. É um vizinho... O que a gente percebe é que as vezes o vizinho joga tudo para cima da gente: "ah vocês têm que dar um jeito" as agentes comunitárias falam muito: mas gente isso é responsabilidade de todo mundo, não é só nossa. Teve uma vez que a gente colocou isso até no planejamento local de saúde e que daí a gente chamou vários setores que tratam e que podem ser aliados nisso. Chamamos conselho tutelar, chamamos o CRAS, chamamos vários, o pessoal da secretaria da saúde para fazer a reunião conosco, com os profissionais para que os profissionais tenham o conhecimento de todos esses serviços, para depois serem multiplicadores para os usuários. Mas quando chega a gente faz a notificação, a denúncia, se for o caso de fazer uma denúncia, mas a notificação sempre faz, mesmo na suspeita.

Ent: você tem alguma vivência com relação ao climatério?

E08: olha, tenho a mulherada que vem no preventivo. Como eu te falo, as queixas delas são mais com relação à questão da sexualidade é a questão da lubrificação, né? Daí eu ofereço para elas o lubrificante que tem aqui e não precisa de prescrição médica e já orienta ... Ontem até aconteceu uma que já estava até conformada, que diz que desde a última filha, que já faz tempo que não conseguia ter relação porque dói e tal. E todo esse tempo, a menopausa que é um momento natural que toda a fêmea vai passar por isso, mas que não precisa ser tão sofrido assim a ponto de assim: "o marido já nem quer mais, nem, eu já falei..." E eu digo: daqui a pouco vai estar procurando outra mesmo, senão. A gente tenta conversar, tenta trazer pra elas que não precisa ser um fardo, que não é porque a menstruação acabou que acabou todo o resto... Daí eu converso com elas, quando elas têm o interesse eu encaminho para o médico para ver a possibilidade ou a necessidade de uma reposição, né no caso de... Mas elas não chegam a procurar muito, o que eu percebo é que muitas vezes elas se conformam com aquilo como se acabou a menstruação acabou todo o resto.

Ent: entendo... Como você considera que foi a tua formação com relação à saúde sexual e reprodutiva?

E08: olha, eu acho que foi naquela época, porque eu já sou formada há algum tempo... Eu acho que ela não me deu muitos instrumentos para lidar com esse assunto não. Eu considero insatisfatório, para poder abordar esse assunto da maneira ampla que é, porque não é pouca coisa, tem muita coisa, né? Porque mexe com o físico, mexe com a cabeça, mexe com o social, é o homem, a mulher a criança, que você já tem que começar a saber lidar com isso desde a criança, então eu acho muito amplo e não foi o suficiente para que eu me sinta segura de abordar, de resolver problemas, o que a gente faz é apagar o fogo: ah tem uma queixa e você vai lá e vê o que vai fazer, mas assim de resolver, eu acho que foi...

Ent: entendo... E o que você conhece da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

E08: olha, o que eu conheço são os protocolos que a gente tem disponível na secretaria de saúde, do preventivo, pré-natal, né os protocolos, a disponibilidade dos métodos contraceptivos oferecidos... Acho que é isso.

Ent: e da política nacional de saúde sexual e reprodutiva?

E08: não foge muito da municipal, o que eu sei é isso também.

Ent: na tua profissão, existe algum comportamento alguma regra que se aprende, mas que não necessariamente seja explícito, e que molde a tua atuação em saúde sexual e reprodutiva?

E08: como assim?

Ent: às vezes existem alguns comportamentos que você que a gente aprende e que não está escrito em nenhum lugar, mas é visto como uma regra explícita ou não. Alguns combinados, digamos assim. Você percebe isso?

E08: não acho que não. Eu tento não julgar, eu tento. Principalmente na questão do aborto, acho que a gente não pode misturar as coisas, eu não concordo eu acho que, sei lá, acho que quem tem uma religião, falar sobre o aborto, é uma coisa que eu não concordo, mas eu respeito, assim como essa situação que eu te falei aí. Eu me coloquei no lugar dela. Quase que ela estava falando assim: “eu não vou levar isso pra frente!” E, mas você não tem que é... E eu me coloquei no lugar dela, na situação que ela estava. Eu não vou julgar. Esse aborto dela eu tenho quase certeza que foi provocado, entendeu? Então eu tento não impor o meu julgamento porque o objetivo nosso é ajudar independente se você concorda ou não, a gente tem que proteger aquela pessoa que está ali. Proteger entre aspas porque é no que está ao nosso alcance, porque também tem a responsabilidade dele, da saúde dele. Mas eu não vejo assim, sabe...

Ent: e disso tudo que a gente conversou, existe algum outro aspecto que tu consideras importante que a gente não abordou e que tu gostarias de falar?

E08: aí, que eu me lembre agora, acho que não.

#### Entrevista 130418E09

Ent: tu poderias me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva?

E09: todo o aspecto?

Ent: sim, todos os aspectos, o mais amplo possível.

E09: bom eu vou falar da nossa realidade aqui, a unidade tem 3 equipes de saúde da família. A minha é a equipe 1, que tem a área mais crítica do bairro (nome do local), que é a parte mais carente do bairro. Então a gente tem uma demanda grande de gestantes adolescentes, atualmente na minha área eu tenho 55 gestantes, somente na minha área, da minha equipe tem 55 gestantes. A maioria delas ou menor de idade ou acima. Difícil a gestante que está de ideal de planejamento familiar ali por 25 anos, por aí. A maioria ou está abaixo ou está acima. Uns 80% das gestações são não planejadas, mas ao mesmo tempo você percebe na consulta que elas têm uma orientação, elas sabem que precisam tomar um anticoncepcional, elas sabem que precisam usar um preservativo, mas elas não usam. Você pergunta: a gravidez foi planejada? “não, não foi planejada”, mas usava algum método anticoncepcional? “não, parei de usar há 4 meses”, mas usava preservativo? “não”. Daí eu falo: então? Eu não sei, a gente fica meio assim porque não bate muito as respostas delas. Elas dizem não ser planejada, mas também, não fazem algum tipo de prevenção para engravidar. Ou algumas que falam que não foi planejado, mas a gente percebe que engravidada pela questão social, mesmo. Por querer muitas vezes sair de casa, as vezes tem bastante relação bastante conflituosa em casa, a mãe já tem vários filhos, parceiras diferentes... Não que elas relatam claramente, mas a gente percebe que às vezes acaba engravidando para ir morar com o namorado e sair daquele convívio familiar. Daí cria-se outra família sem estrutura.

Ent: e como elas te procuram mais para isso? Qual é a maior procura para a saúde sexual e reprodutiva?

E09: a gente tem acolhimento diário na unidade. Então todo dia acolhe os pacientes no seu horário que começa a jornada. A nossa começa às 7h, entre médicos e enfermeiros, eu e a médica da equipe, a gente chama todo mundo na sala de grupo e conversa com todo mundo, o que cada um veio fazer naquele dia. Daí a gente divide as consultas entre mim e ela e normalmente anticoncepcional passa primeiro comigo para orientação, para saber se usou algum método e depois a consulta vai com ela. Mas elas têm acesso livre e todos os dias elas podem vir à unidade de saúde.

Ent: e assim nessa escolha de métodos, o que é mais comum para vocês?

E09: tem, as opções que a gente tem do ministério, que são as pílulas, e as injeções, mensal ou trimestral, ou o DIU. As adolescentes que a partir do momento que tem o primeiro filho, a gente está encaminhando a maioria para o DIU, que seria um método melhor a longo prazo, para elas não... A gente pergunta se ela vai querer ter filho, orienta, fala como funciona o DIU. Algumas acabam aceitando o DIU, então a gente acaba colocando depois do primeiro filho. Ou a opção que a gente tenta conversar com elas com relação à medroxi, que seria a injeção trimestral, porque o comprimido a gente orienta que tem na unidade, mas orienta que geralmente não é a melhor escolha que a gente orienta para elas, porque elas não tomam, elas esquecem, tomam em horários distintos. As que tiveram bebê então... já é difícil tomar no horário correto, ainda com uma criança em casa, vê-se que não vai utilizar. Então

preferencialmente a partir do momento que teve o filho a gente dá preferência pela medroxi, até por conta da amamentação ou o DIU. Antes disso, a gente conversa com elas a questão das duas injeções, porque a injeção a gente consegue acompanhar um pouco melhor a questão do uso do anticoncepcional.

Ent: e você tem procura com questão à esterilização?

E09: bastante, de mulheres que querem e o município atualmente não está fornecendo, então a gente não está conseguindo.

Ent: e homens?

E09: homens bastante. Vêm bastante. A gente tem o grupo mensal e todo mês tem um grupo de planejamento familiar. A gente sempre pede que venha o homem, que venha o casal para a gente dar as orientações necessárias e a gente dá os encaminhamentos conforme a secretaria. Está saindo rápido todos os encaminhamentos que a gente tem feito de vasectomia. A gente percebe que alguns vem com facilidade, que a esposa orienta, alguns vêm porque a esposa pressiona, mas você percebe, que aos poucos eles têm vindo. Mas muitos não querem, e algumas esposas falam que já tentaram, que já conversaram, mas tem muitos homens que acabam não.... Mas de uma certa maneira tem bastante homens que têm feito.

Ent: e esse grupo que vocês fazem foi uma demanda percebida por vocês ou pela comunidade?

E09:na verdade da comunidade para a gente conseguir organizar o serviço, porque às vezes na orientação do planejamento você vai explicar todos os métodos, vai explicar como é feita a cirurgia... Para fazer individualmente, você vai levar uns 40 minutos com uma pessoa só. Então a gente preferiu fazer que fica uma só pessoa ali no balcão na recepção as datas dos próximos. Então a pessoa vem, já deixa o nome ali para vir com a gente. A gente consegue fazer essa orientação e que seja 1 hora de orientação, mas daí você pega várias pessoas ao mesmo tempo.

Ent: e na tua vivência de pré-natal, como é que tu percebes?

E09:delas virem? No pré-natal elas vêm, elas fazem o acompanhamento, mas igual eu disse, a gente tem 55 gestantes na minha área. A nossa agenda é praticamente gestante. Então além das gestantes a gente tem que dar continuidade aos outros programas as outras demandas da unidade. Mas de um modo geral elas vêm, mas a gente tem bastante alterações na gestação. Até pelo risco social que a gente tem, por ser uma área mais fragilizada. A gente tem bastante sífilis... Dessas 55, umas 8 que fizeram o teste rápido do primeiro trimestre, não sabia que tiveram sífilis, e daí você vai tratar, tratar o parceiro. Muitas vezes o parceiro ela já não está mais com ele, então... Fica aquela situação no tratamento da sífilis. A questão da idade... Parto prematuro a gente tem bastante, mas mesmo que elas estão vindo, mas adolescente... Os riscos são bem maiores.

Ent: e quando você precisa do encaminhamento, como é que você percebe essa rede?

E09: para outros pontos de atenção?

Ent: sim, de pré-natal.

E09: a gente está com uma certa dificuldade na verdade com a maternidade. A gente consegue encaminhar pelo sisreg... O ano passado deu uma mudança que antes era intranet, agora sisreg, e tem que colocar aqueles dados. E aí nesse meio tempo teve gestantes que ficaram 2-3 meses naquele limbo de troca de sistema, pedindo para trocar. A gente tem ginecologista aqui na unidade, então geralmente o pré-natal de baixo risco faz comigo e com a médica, se tem alguma outra demanda a gente pede avaliação do ginecologista da unidade. E se é uma demanda que a gente vê que é alto risco a gente já encaminha para a alto risco. Aí uma queixa também do ginecologista é que muitas vezes a gente encaminhava para o alto risco uma outra condição... Vou dar o exemplo de uma gestante sem citar nomes: ela veio de um histórico de epilepsia uns 6 anos antes, mas tinha parado por conta o tratamento e não tinha tido mais nenhuma crise. Engravidou e voltou a ter crises. Não tinha mais nenhum acompanhamento, não tinha nenhum medicamento que ela usava. O (nome do ginecologista), encaminhou para o alto risco, demorou uns 40 dias para ela ir no alto risco. Chegou no alto risco, lá na maternidade, e falaram que não, que aqui na unidade tinha que encaminhar ao neurologista. Aí ela voltou do alto risco, voltou com a gente, a criança nasceu, não deu tempo de ela consultar com o neurologista. Aí recebemos uma ligação da maternidade, querendo saber dela que a criança tinha nascido e assim que ela ganhou ela começou a ter crise convulsiva. O que tinha acontecido, porque ela não estava tomando o remédio. Eu falei que iria olhar no prontuário e que já ligava de volta, assim que eu vim aqui procurar, conversei com o (nome do ginecologista), fui lá na frente, daí o telefone tocou, era a enfermeira pedindo desculpa, falando que: "ah, não, desculpa, está tudo anotado aqui, ela chegou a vir no alto risco, é porque eu não tinha lido". Então eu imagino que eles tenham visto que ela passou lá e que saiu sem nenhum tratamento. Ou algumas vezes que elas estão indo na maternidade, não sei se é válido isso, mas algumas vezes elas falam que vão, já vi 2 ou 3 falando nisso, que diz que têm perda de líquido e que não são nem examinadas, nem especuladas para ver se está tendo.... Daí volta

aqui na unidade, a gente especula, tem colo aberto, perda de líquido, daí a gente faz a cartinha, manda de volta na maternidade...

Ent: contaminando né...

E09: e a criança né?

Ent: e como é a tua vivência com o puerpério aqui?

E09: quando elas vêm fazer o teste do pezinho, que é no terceiro dia, assim que elas têm alta da maternidade, elas vêm na recepção, deu entrada no teste do pezinho elas já agendam o puerpério com a equipe de referência. Geralmente com 30 dias ela já consegue fazer.

Ent: como é a tua vivência com relação aos preventivos?

E09: preventivo a gente faz demanda livre também. A gente não tem uma demanda atrasada assim de preventivo, toda a semana a gente faz .... no meu caso sempre às terças feiras eu faço a demanda livre então todo mundo que vem naquele dia a gente faz a coleta. Quando alguém não pode vir na terça feira pra gente não ficar com aquele dia né, então é um dia estabelecido para fazer o preventivo, mas se elas vierem no agendamento da manhã dizendo que querem o preventivo, eu agendo e faço. Agora eu acabei de fazer um.

Ent: e de você para frente, como é que você percebe essa rede depois de você, se você precisa encaminhar?

E09: e está demorando bastante o especialista, tanto do preventivo, quando a gente tem que encaminhar para a patologia do colo, quanto para o mastologista com o ultrassom de mama, está demorando. A gente faz o encaminhamento, com todos os dados que a gente viu na consulta do exame, mas a gente percebe que está demorando um pouco para chamar.

Ent: já esteve em algum momento com algum caso que envolvesse infertilidade?

E09: essa semana que a gente teve um atendimento, que veio acolhimento com queixa de infertilidade, acho que dois anos, tem um filho de 6 anos estava há 2 anos tentando engravidar e não conseguia. Daí passou para a (nome da médica), que solicitou alguns exames e passou para o (ginecologista), não vi o que, que...

Ent: não tem essa vivência...

E09: e não é uma queixa que a gente tem muito

Ent: como é a tua vivência relacionada ao aborto, tanto espontâneo quanto não espontâneo?

E09: a gente tem alguns casos na unidade. Aborto não especificado, elas vêm para a primeira consulta, depois acabam voltando porque dizendo que tiveram algum tipo de sangramento e que foi aborto espontâneo e que não teve necessidade de nenhum tipo de atendimento, mas aborto... A gente teve também alguns casos de natimorto..., mas todas que estavam acompanhando no pré-natal, mas acontece também que não, essa semana a gente recebeu duas daquelas declarações de nascidos vivos. Recebi de um gemelar, não tinha feito pré-natal, procurei pelo nome da mãe, procurei no sistema não achei nada, não localizei, número de nascidos vivos anteriores eram 7, com 28 anos, e agora gemelar. Aí fui atrás... Porque na minha área também não tem endereço a maioria é invasão.... Vai, pergunta pra um, pergunta pra outro. Daí era uma jovem de 28 anos, usuária de crack e cocaína, mora na rua, de vez em quando fica na casa da mãe, que mora aqui..., mas não fez pré-natal, deu entrada. As crianças ficaram lá. A mãe falou que já são 10 filhos que essa moça já tem, 5 estão com o ex-parceiro, com o pai e os outros 5 ela foi ganhando e ficando na maternidade.

Ent: e você nunca esteve em situação que alguém te solicitou auxílio com relação ao aborto?

E09: no momento?

Ent: em qualquer momento da tua vida.

E09: não.

Ent: ou então que não estava abortando, mas que era a vontade dela.

E09: não, de pedirem não

Ent: e a tua vivência com adolescente é bastante grande né?

E09: sim e, a maioria é adolescente.

Ent: você já teve vivência com homossexuais te procurando para orientação?

E09: sim, isso a gente tem bastante, eles procuram bastante para fazer teste rápido de DST, que a gente tem na unidade. Preservativo eles sempre pegam, mas eu, aqui na minha experiência, não sei nas outras unidades.... A gente percebe que é um grupo bem orientado. Eles procuram para fazer o teste rápido de DST. Eles pedem orientação. Eles perguntam sem pudor nenhum do que tiverem que perguntar. A gente percebe que é um grupo interessado e preocupado com a saúde.

Ent: e você já teve, como é a tua vivência com vítimas de violência? Tanto sexual, de gênero, familiar...

E09: a gente recebe alguns casos assim... Não é muito de relação... É mais o que a gente percebe e acaba encaminhando, de maus tratos de criança, como são famílias numerosas, essas gestações não planejadas... A gente percebe mais os maus tratos com crianças. De mulher eu nunca recebi. Estou na área há 5 anos e nunca recebi nenhuma queixa de agressão do esposo ou do companheiro de alguém.



Já recebemos de adolescentes com outros parentes, tios avós, mas daí já tinha... A maioria quando eles vêm relatar eles já deram encaminhamento em algum lugar, já foram na delegacia, já fez o que tinha que fazer. E às vezes eles vêm para uma orientação, às vezes para acompanhar com o psicólogo aquela família. Mas assim, queixas não recebemos muito.

Ent: e vocês tem alguma ação na comunidade com relação a saúde sexual e reprodutiva?

E09: temos o grupo de planejamento familiar que podem vir alguns deles... E alguns eventos esporádicos que a gente faz. Às vezes os ACS fazem no dia do HIV que é 1º de dezembro, fazem... Parada na rua, ficam na porta da unidade, pedem para o pessoal do DETRAN acompanhar, ficam entregando orientação, entregam preservativos, convite para virem na unidade fazer teste rápido de DSTs..., mas específico não. A gente tem o curso de gestante a cada 2 meses. Faz 5 encontros de gestantes para vários temas e um dos temas do curso de gestante é o planejamento familiar que já estão grávidas ..., mas o que vocês pensam para o futuro. A criança vai nascer e o que vocês pensam daqui para frente também está incluso no grupo de gestantes, e mais o planejamento que é feito uma vez ao mês.

Ent e essas atividades que vocês fazem, esse grupo de gestante. Foi uma demanda de vocês ou da comunidade? Foi uma solicitação da comunidade?

E09: não, na verdade, nós que resolvemos começar. A minha demanda de adolescentes é muito grande, elas têm muitas dúvidas. Então você ficar orientando cada uma, pela demanda de pacientes que a gente tem, a gente resolveu fazer em curso. A gente faz o curso em 5 encontros, 5 temas diferentes. Sempre todas que participam, participam dos 5 encontros. A gente fez em forma de curso mesmo, porque a gente queria evitar assim: ah todo dia tal tem encontro de gestantes..., mas se ela vier e pegar um tema e no outro dia ela vier e pegar o mesmo, ela já não vai voltar, ela desiste. Então a gente faz a cada 2 meses 5 encontros. Agora 7 de maio é o próximo. Introdução alimentar e aleitamento materno, cuidados com o RN e como cuidar, parto, pós-parto e gestação toda no geral, planejamento familiar e no outro a gente fala da odonto e questão de assistente social, do que dá para fazer, dos programas... Às vezes o pessoal do CRAS vem e a gente tenta abordar com elas através do curso

Ent: e como é que você percebe a adesão delas nesse curso?

Ent: elas relutam um pouquinho para vir, a gente... As que vem no primeiro curso geralmente continuam até o final. Mas às vezes a gente convida 50 gestantes e vem 15. Convida e sempre vem uma porcentagem bem menor do que a gente queria que viessem. Mas a gente percebe que as que vêm, elas vêm nos 5 encontros. Elas vêm no primeiro elas vêm em todos, porque acabam gostando, tirando dúvidas.

Ent: você tem vivência com relação ao climatério?

E09: eu na verdade atendo pouco. Eu atendo, quando elas têm alguma queixa geralmente no preventivo ou alguma coisa normalmente que eu oriento e peço para agendar consulta médica. A (nome da média) atende sempre e se é alguma coisa que ela não tem demanda, alguma coisa que ela ficou com dúvida, ou ela tira dúvida com o (nome do ginecologista) através de matriciamento, ou acaba encaminhando.

Ent: e quais são as queixas que elas te trazem?

E09: a maioria das queixas é falta de libido e ressecamento vaginal. A maioria, que daí acaba começa a dar problema no casamento e eu acho que é isso que incomoda mais. E os fogachos.

Ent: como que você considera que foi a tua formação em saúde sexual e reprodutiva?

E09: olha, a minha formação foi em Marília, numa universidade particular que tem um hospital escola, financiado pela própria faculdade, atende com recursos da faculdade. Então a nossa faculdade em si, em questão de saúde pública não dava tanta ênfase. A ênfase maior era em questão hospitalar, clínica e ... A gente passou alguns estágios sim em saúde pública, em maternidade, em unidade de saúde, tivemos aula de planejamento de tudo, mas faltou. Hoje eu percebo, hoje que eu trabalho só em saúde pública e não na área hospitalar, que é muito maior o universo de saúde pública do que o que foi passado na faculdade.

Ent: o que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

E09: na verdade o que a gente sabe são os protocolos que a gente tem de encaminhamento de esterilização, que a gente na rede de medicamentos e afins, mas não sei como funciona na questão de laqueadura, o que a gente tem mais dificuldade é nessa questão, porque diz que tem um protocolo, que tem uma forma de encaminhar, mas não acontece, não sai...

Ent: uma lenda...

E09: uma lenda da laqueadura...

Ent: e da política nacional de saúde sexual e reprodutiva?

E09: esse a gente até pesquisa um pouco mais por causa dos protocolos do ministério, acaba lendo um pouco mais para se inteirar um pouco mais.

Ent: existe na tua profissão algum comportamento ou regra, explícita ou não, que conduza as tuas condutas, teu atendimento em saúde sexual e reprodutiva? Alguma coisa específica da enfermagem, que talvez não esteja escrito em lugar nenhum, mas que você perceba que influencie.

E09: na verdade como eu falei alii dos métodos, a questão da orientação a gente sempre orienta sobre todos os métodos que a gente tem na unidade, mas a gente sempre tenta reforçar, acabar... Não que elas escolham, mas você tenta incentivar que elas escolham o método que você vê que é um pouquinho melhor para elas, a questão do comprimido mesmo, é uma coisa que eu não oriento muito. Eu oriento que tem, mas eu falo que tem que tomar no horário correto, que se demorar 2 horas para tomar a medicação já não tem a mesma eficácia... Pergunto se elas vão conseguir tomar no mesmo horário, sabe, para já tentar, para elas mesmas perceberem que não é a melhor escolha no momento para elas. Principalmente adolescente.

Ent: e disso tudo que a gente conversou, existe algum outro aspecto que tu consideres importante que a gente não abordou aqui?

E09: acredito que não... Na verdade eu é tudo mais que eu falei da minha área que é mais complicada, que a gente vê que é um mundo totalmente diferente daquilo que a gente acha que existe... Eu moro um pouquinho lá para o centro e às vezes a gente acha que Joinville não tem área crítica, não tem área de vulnerabilidade social e tem, tem bastante, e é mais por essas questões sociais. A maioria também que eu não comentei das adolescentes não estuda. Já pararam de estudar no 5º ano e no 6º ano. Muitas vezes a gente fala: vamos fazer alguma coisa na escola. Mas geralmente aquelas que vêm grávidas são aquelas que não estão na escola, que já saíram no 5º ano, no 6º ano. A gente percebe que não tem perspectiva nenhuma de família... A gente tem bastante gestante, mas umas 8 ou 9 dessas o marido está no presídio, mas daí... Elas falam que queriam engravidar, porque o outro filho já está grande, então é mais pela questão de risco social, mas você tenta orientar, mas é bem complicado.

Entrevista 170418M08 (DITO 09 NO AUDIO)

S: tu poderias me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária?

M08: na atenção primária a gente inclui nas nossas práticas todas as orientações de saúde sexual e reprodutiva e se limita um pouco ao que a rede pública oferece, mas eu não consigo especificar porque a gente trabalha com todas as possibilidades.

Ent: e dessas possibilidades, o mais te aparece no dia a dia.

M08: o uso... A prevenção de gravidez, a contracepção de emergência eventualmente... Planejamento familiar em geral.

Ent: e qual a maior demanda do planejamento familiar que aparece para vocês?

M08: bom é... Esse é um tema bem confuso de especificar, porque a gente trabalha com um público bem variado e tem que tentar responder às necessidades do público, mas o que mais aparece junto com a programação da saúde da mulher, que é o rastreamento de colo e tudo mais é a programação da quantidade de filho mesmo.

Ent: e os métodos mais escolhidos na tua percepção, no teu dia a dia?

M08: os métodos hormonais, anticoncepcional oral e injetável?

Ent: e o critério de escolha entre eles?

M08: a paciente geralmente a gente vê o perfil de contraindicação a um determinado hormônio, geralmente o estrogênio e a comodidade que ela busca do uso do método. E é muito variável, algumas preferem a pílula que toma toda dia, outras o injetável mensal, outros o injetável trimestral e não necessariamente permanecem com o mesmo método por muito tempo, elas também têm a opção de tentar trocar de método sempre que tiverem necessidade e daí é muito variável.

Ent: existe alguma demanda para o DIU na comunidade de vocês?

M08: existe, a gente tem conseguido encaminhar e a pretensão é que a gente consiga implantar na unidade mesmo a médio prazo.

Ent: e há alguma demanda para métodos de esterilização?

M08: existe, mas a gente tem mais acesso para esterilização masculina. Os casos de esterilização feminina já são mais selecionados pelos especialistas. É mais difícil o encaminhamento e o método.

Ent: como é a tua vivência com o pré-natal?

M08: pré-natal é uma ação cotidiana, uma programação do dia a dia. A agenda é livre para o pré-natal. A gente programa as consultas conforme preconizado pela estratégia de saúde da família, alternando entre médico e enfermeira até perto do último mês e a gente ajusta um pouco às necessidades das pacientes e também da busca ativa das pacientes faltosas ou dos casos que a gente fica sem notícia dos pacientes por algum tempo.

Ent: e na tua percepção, como está a rede de apoio ao pré-natal?

M08: pré-natal de baixo risco eu nunca tive dificuldade com a rede. A gente tem dificuldade, bastante, na questão de saúde mental da gestante. Porque às vezes o nosso serviço de saúde mental local acha

que isso deveria ser delegado à maternidade e a maternidade não tem capacidade de absorver toda a demanda e só vai absorver as gestantes de alto risco. Então fica bem difícil de lidar com essa parte do pré-natal e é frequente, porque a gestantes frequentemente são vítimas de assédio moral principalmente no trabalho, desenvolvem transtornos psíquicos durante a gestação e só a equipe básica da saúde da família, sem o apoio psicoterapêutico, fica bastante limitado nesses casos. Mas quanto ao resto, o acesso aos exames, tem o ultrassom que é o único, mas tem os casos que se a paciente passa para o alto risco, ela acaba sendo avaliada com mais frequência e a falta de uma rede secundária, porque ou é a atenção primária, ou a maternidade de alto risco, então a gente fica sem o serviço intermediário que seria de casos para complicações de baixo risco, intercorrências que não necessariamente de alto risco que seria uma porta de emergência na MATERNIDADE.

Ent: e como é a tua vivência com o puerpério?

M08: puerpério acaba sendo a sequência do pré-natal e acaba fazendo parte do cuidado continuado, a gente cuida da saúde materno-infantil, que começa na gestante e passa pelo puerpério, continua com o bebê. Tanto que depois do puerpério, a mãe fica livre para trazer seus problemas mesmo nas consultas de puericultura do bebê faz parte do mesmo ciclo, o ciclo gravídico-puerperal e depois a puericultura até pelo menos 1 ano de idade mais regular.

Ent: já esteve em alguma situação que envolvesse infertilidade?

M08: sim, já. Investigação de casais e uma dificuldade de encaminamento desses casos. Até hoje eu não tenho o conhecimento do tratamento de infertilidade no sus. Não tenho notícia de nenhum ambulatório específico e os pacientes que têm ido aos especialistas têm voltado com suas investigações, mas sem a solução da infertilidade.

Ent: já esteve em alguma situação que envolvesse aborto, espontâneo ou não?

M08: sim. Geralmente atendimentos pós aborto. A paciente que geralmente tinha uma consulta de pré-natal e perdeu o bebê ou que precisou diagnosticar o aborto e também estava com a gente numa situação duvidosa. Ou o seguimento mesmo de uma mulher que teve uma perda e não lida bem com isso, ou que vem para o planejamento familiar ou para outros seguimentos que... É bem comum

Ent: já esteve em alguma situação de aborto provocado? Ou demandando alguma orientação nesse sentido?

M08: claramente explícito, é difícil. Não tenho assim... Não me lembro... E olha que é bastante tempo.

Ent: e você já parou para pensar se isso tivesse acontecido, como você lidaria com isso?]

M08: eu acho que, por ter sido gestante adolescente, eu sei muito bem o que passa na cabeça das mulheres, eu acho que seria mais na questão do amparo ao que levou àquilo, sem julgamentos, sem preconceitos. Apesar de ter as minhas convicções, eu acho que não interferiria no atendimento.

Ent: como é a vivência com relação às DSTs?

M08: pois é... DST, HIV, está sempre presente quando não está epidêmico. Faz parte do dia a dia, eu vejo que muitos profissionais têm dificuldade de abordar esse assunto, de trazer esse assunto na consulta e muitas vezes o paciente não traz. Você que tem que perguntar do comportamento e de tudo mais, porque eles pedem muito pelo check-up, mas não o check-up de DST. O check-up de colesterol, cardiovascular, mas não necessariamente param para pensar nesse aspecto da saúde. E é uma coisa que a gente identifica e incentiva muito, principalmente nas síndromes de corrimento vaginal/uretral, dores pélvicas crônicas. Que às vezes se fica focado na busca de uma patologia específica e esquece da possibilidade das DSTs, das DIPs crônicas.

Ent: como tu percebes a rede de apoio na questão das DSTs?

M08: acho que a rede tem dado bastante atenção ao assunto também. Em Joinville principalmente devido à sífilis congênita. Então tu acabas puxando todas as DSTs. A rede de hepatites também é uma rede bem, com bastante infraestrutura, sempre tem reuniões, sempre tem alertas. Então eu acho que a rede está bem nesse aspecto.

Ent: e a tua vivência na prevenção de câncer?

M08: a maior dificuldade é a gente desfazer a cancerofobia, porque os protocolos mudaram e as pessoas ainda não assimilaram. Por um lado, nem os profissionais e por outro, nem os pacientes. Eu particularmente e a minha equipe, a enfermeira que trabalha comigo, entendemos bem a mudança de protocolos e as questões do desenvolvimento lento, as questões pré-cancerígenas e isso para nós é tranquilo no dia a dia e também a não exposição a exames desnecessários, intervenções desnecessárias, exames ginecológicos desnecessários. Mas a outra equipe que trabalha conosco no posto não pensa assim. E isso gera confusão para os pacientes, porque um é vizinho do outro e aí: "ela tem que fazer todo ano, mas eu não preciso? Mas agora mudou?". Então a gente procura sempre esclarecer as pacientes como é que a gente entende o protocolo e também respeitar a decisão delas se elas preferem eventualmente fazer mais vezes a coleta do preventivo, por exemplo. Apesar de que a gente sempre insiste em evitar o uso inadequado do recurso. Ou tentar lidar com essas questões que estão por trás do medo da doença.

Ent: e a tua vivência com adolescentes?

M08: adolescente não procura tanto pelo posto, a não ser trazido pelos pais ou quando você faz uma atividade na escola e é uma população que precisa de um cuidado e que é difícil de a gente conciliar as agendas da unidade com as agendas da escola e estar sempre fazendo esse tipo de atividade, que é bem importante, e enfim, os que nos procuram a gente atende, mas muitos não nos procuram.

Ent: e essa atividade na escola foi uma demanda percebida por vocês ou pela comunidade?

M08: faz muito tempo que eu trabalho na escola. Principalmente junto com o pet saúde. Quando eu não tive mais o pet saúde, a equipe assumiu, porque eu cuidava de uma escola que nem era da minha área de abrangência. Então, quando eu não tive mais a possibilidade de fazer esse trabalho, a equipe assumiu, de certa forma a ida na escola, o intercâmbio, as reuniões eventualmente. Mas o trabalho diminuiu um pouco com relação às palestras e estar na escola com os adolescentes e fazer atividades lá.

Ent: você nota que há uma demanda por métodos contraceptivos das adolescentes?

Existe uma demanda e existem casos que a própria mãe leva. Geralmente a menina, não vejo essa preocupação por parte dos meninos ou dos pais e eventualmente isso surge naquele momento sigiloso da consulta quando a gente pergunta se quer fazer a fala sem os pais. Às vezes isso aparece de forma sigilosa também. Meninas querendo usar o método sem querer que os pais saibam. E meninos, raramente.

Ent: tu já esteves situação de homossexuais te procurando para orientação à saúde sexual e reprodutiva?

M08: já, mas eles se sentem desconfortáveis de colocar essa situação. Tanto o homossexual masculino, quanto o feminino. Isso surge às vezes quando o paciente está mais à vontade com o a equipe, ou com o médico, com enfermeiro, enfim... E é uma coisa que a gente sempre tem medo de questionar e ofender de certa forma. Então eu acho que isso é uma questão de vínculo. Já tive paciente transexual, no tratamento hormonal. Não tinha nome social ainda e isso às vezes gerava confusão, mas os casos não são tão frequentes assim.

Ent: tens vivência com relação ao climatério?

m08: bastante. Muita dúvida ainda em relação ao tratamento da síndrome do climatério. Então a gente está vivendo essa transição também da era da terapia de reposição hormonal para a era do climatério fisiológico. Então muitos pacientes ainda têm dúvida sobre a reposição e a gente esclarece, ou já vem do especialista com prescrição. A gente faz o seguimento, acompanha. É bem variável, mas vai ser de acordo com a prevalência das mulheres dessa idade na população. Geralmente são sintomas de climatério que são desconfortáveis que aparecem como queixas e que aí a gente tem que lidar com cada caso.

Ent: e a tua vivência com vítimas de violência, tanto de gênero, quanto intrafamiliar, sexual?

M08: bastante casos assim, cada caso pior que o outro e várias formas de acompanhamento e desfecho. Violência e abuso de crianças, às vezes crianças muito pequenas, dentro da família. Famílias incestuosas, enfim. A gente procura contar com as redes de apoio especializadas, mas eu acho que ainda não é suficiente. Eu acho que, não só as vítimas estão reféns da situação como a gente também não está muito preparado para dar o apoio muito completo. E como é território, tem aquela questão do sigilo é muito prejudicada, todo mundo vai e sabe o que aconteceu... Tanto as notícias boas quanto notícias más acabam sendo de conhecimento público. O que por um lado poderia facilitar o acesso, às vezes acaba dificultando porque o paciente não quer ir não quer se ver exposto àquela situação. Os dois lados então: o que era para ser uma equipe vinculada, às vezes tem muita proximidade com a população, muita gente que mora, que é vizinho e que acaba dificultando essa parte.

Ent: e desse tema todo: o que tu consideras como tua maior dificuldade para lidar?

M08: de todos os assuntos?

Ent: é... De saúde sexual e reprodutiva.

M08: acho que o mais delicado é a violência. E por mais que a gente faça esse diagnóstico, é muito difícil lidar com as situações com os pacientes, porque em muito poucos casos elas saem dessa situação. Principalmente mulheres e crianças. A grande maioria continua nos seus lares, com seus companheiros, com os abusadores e eu acho que o mais difícil é lidar com isso.

Ent: você disse que vocês fazem grupos na escola e vocês têm alguma outra atividade na comunidade?

M08: frequentemente a enfermeira que trabalha comigo faz parte da rede de apoio aos casos de violência e geralmente tem campanhas. A última campanha que teve foi bem interessante. Era como se fosse uma campanha de vacinação, era nos mesmos moldes que a campanha de vacinação. Mas as vacinas eram uma intervenção de educação nos casos de violência e as pessoas recebiam uma carteira que ela tinha sido vacinada nesse assunto. Então isso foi bem amplo lá no bairro e pretendem fazer isso periodicamente para chamar a atenção pelo grande número de casos e que da necessidade

de denúncia e que a gente tem que lidar. Da mesma forma que a gente fala tanto de prevenção de doenças, a gente fala de prevenção de violência

Ent: bom, mudando um pouco o foco, como é que tu consideras que foi a tua formação em saúde sexual e reprodutiva?

M08:foi boa, foi bem adequada assim. Na verdade eu tive uma cadeira grande, a gente acaba vendo isso em ginecologia e obstetrícia. Não necessariamente eu tive saúde da família na minha formação, isso eu vi ter na pós-graduação, mas a questão de planejamento familiar, de contracepção eu tive um bom ambulatório de ginecologia geral na minha formação. A gente acompanhava aconselhamento e inserção de DIU e tudo mais, que fazia parte do planejamento familiar, era um ambulatório de planejamento familiar e isso foi uma coisa bem dada, no meu curso, foi bem proveitoso. E nunca tive dificuldade assim. Isso é uma das poucas coisas da rede que a gente pode contar, eventualmente falta um medicamento ou outro, mas o acesso nas farmácias populares também é muito bom, mas é um tema que depende muito do paciente também. Ele tem que fazer a parte dele, procurar, tem que usar o método corretamente e a gente também tem que lidar com a ineficiência dos métodos, porque eles também falham. Daí decorrem também filhos não planejados e situações que a gente tem que lidar no dia a dia.

Ent: e o que você conhece da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

M08: existe? (risos). Não em lembro de ser... A gente tem a política de pré-natal, de prevenção de DSTs... Pra mim é muito clara. A de planejamento familiar não. Tanto que a gente tem dificuldades de encaminhamento do DIU, de esterilização...

Ent: e da política nacional?

M08: a política nacional tem tantos manuais, tem tanta coisa, que sinceramente eu desconheço. Penso que isso faz parte do meu trabalho e faço, mas não necessariamente conheço todas as leis envolvidas.

Ent: tu achas que existe alguma prática da profissão, mesmo que ela não esteja escrita, não esteja explícita e que ela module as tuas condutas, algum comportamento aprendido, não necessariamente oficial.

M08: eu acho que eu sou experiente nesse aspecto porque eu fui uma gestante adolescente e isso influenciou a minha vida. Então não tem como eu ter preconceito com uma gestante adolescente, ou como lidar com esse problema de uma forma preconceituosa. Então, não é a minha formação e sim o que eu vivi.

Ent: o que tu achas que poderia ser modificado nas políticas e que iria facilitar a tua vida?

M08: sempre o acesso, acesso ao cuidado de qualidade, aos recursos na hora que se tem necessidade deles e como muitas coisas que a gente lida todo dia e uma delas é o planejamento familiar e tem pontos falhos e que impactam na vida das pessoas e que a gente continua tentando aprimorar, mas não depende só da gente.

Ent: e disso tudo que a gente conversou, existe algum outro aspecto que tu consideras importante e que não foi abordado aqui?

M08:não me lembro. Não acho que foi bem ampla a conversa, bem abrangente.

#### Entrevista 180418m09 (dito m 10 no áudio)

Ent: tu poderias me descrever de uma maneira mais ampla e detalhada possível a tua prática em saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária?

M09: minha prática...

Ent: em saúde sexual e reprodutiva

M09: o que eu vivencio aqui?

Ent: isso

M09: o que eu vivencio aqui e pego muitos casos... Exemplos?

Ent: se tu quiseres falar exemplos tudo bem, mas se só quiser falar as atividades que tu fazes ligadas a esse tema.

M09: exemplos que você pega da atividade sexual: muita candidíase, Gardnerella, surto de sífilis, que não é novidade. Alguns casos, né porque alguns comparados à maioria, porque se tu colocares esses alguns dentro daquela faixa etária, muitos jovens, adolescente já tendo relação sexual, com menos de 15 anos. Já fez pré-natal aqui de 15 anos, né, muito adolescente, né. Inclusive não só adolescente, gestante e agora relacionando com sífilis e está dando sífilis na gestação. E, na pratica uma minoria, mas essa minoria dentro do universo das adolescentes é muito, comparado com a maioria da outra faixa etária, mas o que eu vivencio é candidíase, Gardnerella. Nunca pegue Tricomonas em cultura. Mas o que chama a minha atenção na prática é esse extremo de idade são as adolescentes, além de gestantes com a sífilis.

Ent: como tu percebes a rede para o acompanhamento das DSTs?

M09: a rede, nós aqui?

Ent: vocês aqui e o que você precisa fora, o que você precisa para frente, que você precisa encaminhar.  
M09: o que eu vejo da rede na minha opinião: campanha para a gente fazer e para a gente atuar, mas é o tratamento com a gente aqui na ponta. É nós aqui da ponta que temos que resolver e não vejo muita assessoria para cima... Não para esses casos, só para os casos de HIV, que tem a unidade sanitária que dá o suporte. Mas o que eu vejo é que é nós e nós.

Ent: você disse que tem bastante adolescente grávida no pré-natal, mas você tem uma demanda de adolescente para anticoncepção?

M09: temos junto com a (nome da enfermeira), a gente não tem uma busca ativa. O programa de busca ativa: ah vou mapear as adolescentes e vou na casa para tentar fazer uma educação sexual porque é muito complicado. Os pais não querem nem saber, mas já estão tendo relações sexual, mas os pais acham que não então é difícil fazer por causa da faixa etária e também tu se deslocar e ter que ir em casa... É totalmente inviável fazer isso, mandar as ACS que não tem conhecimento nenhum de saúde e fica pior ainda. Então, resumindo, não tem essa busca ativa, mas nós fazemos aqui quando elas procuram por alguma queixa ginecológica, passa com a (nome da enfermeira), já alinha aqui comigo o tratamento. Elas procurando a unidade. É complicado. A gente já discutiu uma vez e é complicado de você fazer uma busca ativa. E um surto que tinha e a gente conversou até num matriciamento dos casos da pílula do dia seguinte, o uso por conta própria, não procura a unidade, por vergonha, menor de idade e “minha mãe não pode saber, meu pai não pode saber”. É fácil acesso na farmácia e não deveria, eu falo aqui para os pacientes que o Brasil, por ser 3º mundo, tu podes comprar até um paracetamol na farmácia e a gente tem uma experiência, aí de estarmos num país de primeiro mundo que tu não compras nem anticoncepcional se não tiver receita. Ou seja, aqui eles querem vender, lá eles estão preocupados com a tua saúde, porque têm responsabilidade. E aqui o que gente ouve dos pacientes com relação aos medicamentos e a gente está falando da pílula do dia seguinte é que não precisa ser controlado, pode vender e até os controlados eles consegue, a gente ouve e isso é péssimo para o nosso terceiro mundo aqui.

Ent: e essas que te procuram para contracepção, o que é o método que você mais usa?

M09 com elas é anticoncepcional oral. Daí eu tento direcionar se ela é muito esquecida, tentamos direcionar pra medroxi, pro trimestral né, por medo de engravidar de esquecer, engravidar. As que procuram querem tratamento ou estão com a queixa, ou querem prevenir uma gravidez. Então elas estão bem alinhadas quanto a isso aí. Até eu tento ver: ah, mas a anticoncepcional engorda, a trimestral engorda e tentar individualizar, mas o mais usado é o oral, é o anticoncepcional oral e o trimestral é o mais usados aqui.

Ent: Método não hormonal não há procura aqui.

Se há um não hormonal, vamos colocar um códon. Pegou ali e não ficamos sabendo aqui. A para as poucas que eu pergunto se está nesse meio tempo sem anticoncepcional: “ah, eu usei o códon, eu usei a camisinha”, mas são algumas exceções, mas aqui a maioria é medicamento. Não tem assim... Uma ou outra é DIU. Mas assim o DIU também libera hormônio, e geralmente o DIU é para quem já teve filho, mas não tem outro método eletivo ou que o paciente deseja.

Ent: e como tu percebes essa rede para o DIU, se uma paciente te pede?

M09: hummm, para o DIU de uma certa forma eu vejo que funciona. É um pouquinho demorado, mas funciona. Tem, você consegue encaminhar, você tem o suporte com o ginecologista e é colocado o DIU. O que a gente tem dificuldade é a laqueadura. A vasectomia ela é mais eficaz, mais rápida para o homem que a laqueadura para a mulher, que praticamente... Essa fila parece que não anda. Para o DIU eu vejo que funciona. Várias aqui que eu fiz o encaminhamento, eu consegui fazer o encaminhamento pelo desejo e tal e deu certo.

Ent: tu tens essa demanda, a procura dos homens para a vasectomia?

Tenho. Aqui na nossa cidade nós temos e até me surpreendeu pela experiência que eu tive na faculdade e em outros postos, aqui tem bastante procura para vasectomia. Tipo, não é um número expressivo, mas comparando com as minhas experiências anteriores é bastante.

Ent: e depois que ela engravida, como é que tu percebes a rede do pré-natal aqui na tua prática?

M09: o pré-natal, eu vou colocar a rede nossa e se eu precisar... Já foi melhor no sentido de se eu precisar de uma maternidade de alto risco, já foi muito melhor de conseguir consulta rápida, eu não sei o que aconteceu lá que que modificaram, agora passa por uma regulação no SISREG e está péssimo, você não consegue mais rápido, entendeu, mas já foi melhor. Quando era melhor, antes de dar essa piorada, eu conseguia rápido, conseguia e mandava para a maternidade de alto risco, eu tinha o suporte a ao mesmo tempo aqui na nossa unidade eu acho que é muito boa. Funciona bem, detectamos a (nome da enfermeira), faz o início, faz a abertura do pré-natal bem, bem-feitinho, eu dou continuidade e aqui assim para tu ter ideia, já teve dois óbitos ou natimorto. 1 aborto e 1 natimorto, que eu me lembre de memória, mas eram casos que eu não acompanhava, um veio de outra unidade, que eu não sei, não posso julgar, não tenho o que falar e outra no início da gestação, estava bem no início e abortou,

mas o batimento cardíaco fetal não foi detectado no ultrassom e foi dado o óbito, mas resumindo, pra ter uma ideia de como funciona. Para mim funciona muito bem, com a gente eu nunca vi evoluir mal, ter um óbito ou alguma coisa, a gente sempre está pegando nos ultrassons, os exames... A gente tenta fazer o pré-natal, não é garantido, mas não tive nenhum caso assim ruim, e a regulação, a maternidade de alto risco é um baita de um suporte e está bem ruinzinho ultimamente.

Ent: e como é a tua vivência com relação ao puerpério?

M09: o puerpério..., é ótimo aqui. A fase ali eu tento sempre já amarrar com o anticoncepcional, e aí eu já posso amarrar com a anterior. Aqui tem alguns casos de algumas puérperas que não querem a química no início. Aí entra o preservativo. Aí entraria a camisinha, mas é uma minoria também. A grande maioria eu tento direcionar a Noretisterona ou o trimestral, sempre bem orientada. Mas eu não tenho nada a falar do puerpério. A maioria está dando o feedback da maternidade e temos algumas com sutura na laceração, mas nada complicado, nunca peguei um caso que precisou voltar. Fez a sutura, com lóquios fisiológico, tudo fluindo muito bem. A minha vivência é que funciona muito bem esse pós-parto, pelo menos com as minhas... ex-gestantes e agora puérperas.

Ent: tu tinhas falado antes sobre esses casos de aborto espontâneo, alguma vez já te apareceu algum caso com alguma demanda ou alguma paciente que tenha abortado voluntariamente?

M09: não, que eu vivenciei aqui, não. Isso eu acredito que é mais às escuras, né. Isso eu já acho que é um negócio que eles fazem meios escondido esse aborto por vontade própria e quando... Já é um pequeno número e quando fazem a maioria é escondido e quando falam é menor ainda, "ah, fiz por vontade, escapou" e eu acho que é bem. Não vi nenhum que veio e disse que fez, ou fez no clandestino, nunca vivenciei isso.

Ent: e se tu tivesses vivenciado isso, tu já paraste para pensar como é que tu lidarias com isso?

M09: quando tu me fizeste a pergunta eu fiquei pensando... O que eu faria... Eu nunca presenciei, não sei protocolo disso, mas sei que envolve uma questão legal aí que teria que ver como é que funciona. Eu nunca parei para pensar, como que funciona isso: sigilo médico e paciente, bem-estar da paciente e a questão legal. Eu acredito que o vínculo médico-paciente estaria acima de uma denúncia de alguma coisa legal. Eu não sei como é o protocolo se funciona alguma notificação, não saberia dizer, teria que ir atrás estudar, porque eu nunca vivenciei um caso desses.

Ent: já esteve, agora do outro lado, em algum caso que envolvesse infertilidade?

M09: infertilidade... Já vivenciei aqui de um caso que a mulher era muito cobrada que não estava...era cobrada que não conseguia ter filho.... E eu questionei a outra parte: vamos fazer um espermograma lá? Porque numa dessas não é tu, é lá né, e aí a outra parte sempre se nega, foge, e aí já era. Claro que a investigação da mulher dá para fazer aquele com a rádio, com contraste, faz o contraste, depois tu vê a tuba... Isso eu já vi lá em (outra cidade, nome de hospital), para ver se tem obstrução na trompa... É uma radiografia com contraste. É uma investigação, mas aqui nem pensar.

Ent: e tu não chegou a encaminhar essa paciente?

M09: não porque eu acabei chamando o parceiro para espermograma, mas sumiu e eu perdi o seguimento, a paciente não voltou mais e acabou a investigação, mas eu pensaria em levar para frente para investigar também, né. Primeiro vamos para o mais barato, né? O espermograma é muito mais barato. Fez aqui, vamos explorar lá para o mais caro.

Ent: e como é a tua vivência com relação a prevenção de câncer de mama e de colo?

M09: nós aqui sempre a gente está seguindo os protocolos, eu alinhado com a (nome da enfermeira), para fazer as mamografias, acompanhar os BIRADS, ultrassom complementar quando necessário, mas falando em câncer de mama, eu tive um caso, que me vem na memória da paciente que bateu com a mama no guidão da bicicleta, veio com um caroço de 7 cm, na mama direita, inflamado, e até então ela não tinha nada, foi um trauma que desencadeou, né e aí eu fui pedindo ultrassom e foi indo até que eu disse: olha, e aí eu lembro que o ultrassom demorou demais para sair. Eu lembro que o ultrassom demorava 5/7 meses e eu fui peitudo de pegar ela sem ultrassom eu encaminhei para a mamografia e falei: suspeita de câncer, escrevi bem elaborado e foi para PAAF. Tanto que na primeira vez ela ficou com medo fazer a PAAF, daí ela voltou comigo e eu disse: tu tens que fazer. Reencaminhei, ela fez: biópsia, câncer, químio, está fazendo a químio, pra fazer o estadiamento e ela está com cirurgia marcada para essa semana e é um caso que está desde o ano passado que eu estou lutando, brigando para conseguir, medo de metástase... E foi um caso que eu peguei assim, um simples trauma na mama aqui no consultório. Mas o resto é rastreio, dentro do protocolo. Tem que seguir protocolo, não dá para fazer rastreio para todo mundo, o custo é caro..., mas fora esse a gente não tem pego câncer de mama. A maioria no máximo um birads3, com mama muito densa, acompanha em 6 meses, ultrassom já descartou. Faz ultrassom em 6 meses e tranquilo, não tem um índice alto. Essa é a minha vivência.

Ent: e de colo de útero?

M09: colo de útero... Quem acompanha mais é a enfermeira, que faz o preventivo, manda as lâminas, né, mas de colo de útero eu fiquei sabendo um caso... Mas nenhum recente assim, geralmente de

história médica pregressa: “tive, fiz cauterização”, mas nada assim.... Aí tem também essa vacina para as adolescentes relacionadas ao câncer de colo de útero, pelo HPV, a vacina do HPV, mas de câncer que eu vivenciei, não, de memória. Mas, o preventivo aqui a (nome da enfermeira) faz bastante, a rede, a (nome da enfermeira) é extremamente alinhada, manda a lâmina, não teria nada a falar. Não lembro de nada recente.

Ent: já esteve em alguma situação que envolvesse o atendimento de homossexual com relação à saúde sexual e reprodutiva?

M09: já eu tenho alguns, mas perderam o seguimento, não sei o quê, mas tem um que eu acompanho aqui, que é um casal, como eu posso falar assim: um deles meio que esconde que é homossexual, já o outro entrega. E o que aconteceu: este que escondeu o tempo todo e até perdeu o seguimento comigo. Eu atendi agora o namorado dele e o namorado dele falou agora, com a saúde sexual, com lesão sugestiva de sífilis, aí era lesão na boca e ele falou bem abertamente assim que: “ah o meu parceiro” e falou o nome do parceiro “tá com a lesão que eu tenho aqui ele tá no ânus” a gente fez o exame, constatou... Tá fazendo o tratamento aqui... Só o namorado dele que sumiu, mas assim, tu diz no sentido do que eu vivenciei aqui.

Ent: sim se tu tens essa procura...

M09: sim, tem de alguns casos de assim, geralmente homossexuais que estão com alguma doença, mas não a maioria, mas tem alguns casos. Um exemplo de outro caso do ano passado, ele também... O que mais pega aqui é a sífilis. Claro que a gente faz para tudo, mas eu nunca fiz de HIV, por exemplo, mas tem sim, tem bastante. Bastante num universo pequeno

Ent: me conta uma coisa: já esteve alguma vez com vítima que sofresse violência? Sexual, de gênero, intramarital...

M09: ah deixa eu lembrar... Já... Violência sexual eu tive alguns casos aqui, adolescente... Teve uma menina bem novinha, ela deve estar com 15/16 anos ou tipo 12 anos” e o marido da minha avó me molestou, só que eu tinha vergonha de falar”, mas fica muito vago, ela já está com namorado, está grande, saiu de casa. Diz que a avó descobriu, mas não fez nada. Então tem esses tipos de caso, mas é a minoria, mas tem.

Ent: você nunca precisou encaminhar para frente um caso desses?

M09: assim, geralmente eu não sei como funciona a parte legal. Eu sempre chamo a enfermeira, tento alinhar uma psicóloga e eu não sei a parte legal de preservar o relacionamento médico-paciente, a paciente também não quer relatar, mas sim está confidenciando ao médico porque quer ajuda psicológica, quer ajuda medicamentosa, mas ela não quer conflito, não quer enfrentar o problema e eu também não sei, fico mais.. Não sei como é a questão legal, mas fico mais no relacionamento médico paciente do que levar para cima, denunciar, levar para a parte jurídica e a paciente mesmo não quer. Mas eu tive alguns casos que foram nesse sentido. Não quer levar para frente, só ajuda, mas também estou bem, superei... A própria avó não deu bola, a própria mãe não deu bola... É sempre assim a história. Mas eu nunca, não levei, achei que não deveria levar, até pelo pedido da paciente e nem sei como funciona a parte legal de levar para cima, porque não é um negócio que está se repetindo, não é um negócio que está... Então é um negócio que aconteceu lá no passado, agora está à frente, paciente não quer saber e não sei como....como é que vai voltar para o passado, e provas para isso e a exposição da paciente? Para a família para a parte jurídica, a parte psicológica dela... Então acaba não levando para cima. Apesar que eu fico na relação médico-paciente, mas fico pensando: meu deus, tinha que ter alguma coisa para impedir, daí eu fico e agora?

Ent: já esteve em alguma situação que envolvesse climatério?

M09: já tem vários climatérios aqui.

Ent: e qual a queixa mais comum?

M09: dentro do climatério?

Ent: sim...

M09: dentro do climatério é o fogacho, né? Fogacho, eu não vejo além do fogacho... Outra coisa que elas sempre falam, não chego a ver alguma coisa relacionada com o estresse, sabe, é o fogacho. O que mais pego é o fogacho, uma ou outra que acaba falando o que está mais estressada, com a variação hormonal, mas acho que é o fogacho.

Ent: vocês têm alguma atividade para a comunidade, ou na comunidade, relacionada a saúde sexual e reprodutiva?

M09: específico não. Isso foi até uma pauta no nosso planejamento local junto com aquele questionário do PMAQ e ali dizia né, educação sexual e..., o programa saúde sexual como também aborda esse tema. E a gente ainda não tem mas a gente estava planejando em fazer na escola, mas a diretora lá falou que meu deus, tem que fazer .., ela não queria que fosse de um jeito, mas queria que fosse de outro, mas assim a gente está tentando alinhar para aquela faixa etária das crianças... Crianças não, adolescentes, né. Mais para adolescentes. Mas de educação sexual assim, como eu falei, de busca



ativa a gente não tem. Infelizmente é complicado e como é que a gente vai achar um programa para abordar esse tema nos adolescentes.... Adulto não quer. Já está tendo relação sexual e não quer saber de educação sexual. O que a gente fornece é para aqueles que procuram né, a gente sempre está assim: na porta aberta, tem procura tem, a gente tem todo o tipo de educação sexual, desde de anticoncepção de DSTs, dispaurenias, então quando procuram aqui a gente vai, mas não que a gente tem um programa que a gente vá abordar, que vai fazer uma busca ativa que a gente vai resolver. Não tem, a gente está tentando alinhar pro planejamento local, para escola, que teve uma exigência e a gente vai entrar fazer alguma coisa, para a gente alinhar.

Ent: e mudando um pouquinho agora o foco, como é que tu consideras que foi a tua formação em saúde sexual e reprodutiva na universidade?

M09: extremamente técnica, foi boa na parte técnica, apesar de a (nome da universidade), é muito direcionada à medicina de família e comunidade, a gente tem desde a primeira fase até a última. Foi boa, extremamente técnica, mas não vi assim um protocolo ou alguma coisa assim prática que fizesse busca ativa, grupo, não vi muito, não focava nisso não. Era ambulatório, era ambulatório universitário e era aquele negócio que tinha tanto dos adolescentes quanto dos adultos, quando procuravam e tinha um ginecologista que ela fazia aquela, não era o preventivo, mas fazia o exame ginecológico e dali fazia uma minieducação. Tinha aquela parte que a médica pedia que a mãe sáisse do consultório para conversar só com a paciente para "ah, estou tendo relação sexual e não quero que a minha mãe saiba, estou com um corrimento aqui, mas não quero que a minha mãe saiba. Tinha essa liberdade dentro da universidade, mas nada de grupo, nada de proposta, nada de protocolo. Era uma coisa ali direcionada mesmo. Ou seja, paciente mais uma vez procurando a rede e não a rede procurando o paciente para fazer prevenção, o que é difícil, né?

Ent: o que tu conheces da política municipal de saúde sexual e reprodutiva?

M09: política municipal... Tentar buscar alguma coisa, não sei se já li alguma coisa.... O que eu sei são as próprias campanhas, HPV, menina, menino, câncer do colo do útero, carnaval, use camisinha, só essas campanhas que são federais essas campanhas não é nem municipal. Agora do município, eu não lembro de ter visto nada a respeito, não só na mídia, nem memorando e, também, não fui atrás para ver alguma coisa informativa, alguma coisa que deveria seguir. O que eu lembro assim é mais federal, o que a gente deveria seguir, o que a gente sabe, né?

Ent: e da política nacional? O que você sabe?

M09: sexual e reprodutiva.... Poderia citar, daí entra como política sexual... Poderia entrar aquele a laqueadura, o protocolo que tem que ter pelo menos dois filhos e ter acima de 25 anos, tanto para vasectomia, saúde sexual, vamos colocar assim, que a gente conhece... A nível nacional, as campanhas do HPV, carnaval, use camisinha, também divulgado na mídia, aí tem os outubro, novembro que a gente conhece, novembro azul, outubro rosa, tem o amarelo que eu não lembro o mês, o amarelo que é do HIV né? e agora eu não lembro, mas isso a gente vivenciava na faculdade. Participava forte dessas campanhas, aprendia lá participava, fazia evento, era bem forte assim... O nacional é bem mais divulgado, é mais, mas nada que eu fui numa diretiz, que fui lá no site oficial o que diz, vamos colocar aí a sociedade brasileira de medicina de família e comunidade, ou o que diz lá, o que tem lá, nada disso que eu fui atrás, não

Ent: existe alguma prática profissional que a gente, mesmo que não seja explícita, que a gente acaba, que a gente acaba aprendendo, mesmo que não esteja escrito em lugar nenhum e que hoje module tua maneira de atender saúde sexual e reprodutiva?

M09: em que sentido, não consegui entender

Ent: às vezes a gente, na profissão, tem comportamentos assim, tem regras que não necessariamente são explícitas e sim são implícitas e que vão passando de geração em geração entre os profissionais. Existe alguma que hoje module o teu atendimento em saúde sexual e reprodutiva?

M09: um exemplo...

Ent: ah, eu só vou fazer tal coisa se a paciente fizer tal coisa. Que não necessariamente você tenha lido isso, mas que alguém te falou?

M09: na saúde sexual eu acho que não, não lembro... Tipo só vou fazer isso aqui se ela fizer alguma coisa que eu solicitei, nesse sentido? Acho... Não lembro de uma situação... Ah podemos colocar o tratamento da sífilis, não fez o tratamento correto, tu não fez aí...

Ent: mas se você não lembra, não tem problema. E você é associado a alguma sociedade de classe?

M09: sociedade brasileira de medicina de família e comunidade

Ent: disso tudo que a gente conversou, existe algum outro aspecto que tu consideras importante e que não foi abordado aqui e que tu gostarias de falar?

M09: humm, deixa eu pensar...do nosso sistema sus, da nossa rede ou específico da tua...

Ent: desse tema

M09:sim, os transgêneros, que é um tópico importante, que está na atualidade, cada vez mais transgênero, e quando eu falo, não só os transexuais, mas os que estão realizando cirurgia... Inclusive na sala da (nome de outro profissional) formou um médico que é dentista, bucomaxilo e fez medicina.. Não faz transformação sexual, mas ele faz na face, tirando traços masculinos e tal e eu acho interessante, porque eu acompanho ele e sempre to vendo: transgênero, transgênero. Isso está até impactando assim... Cada vez mais tem e é uma coisa que para o futuro... O futuro nada! É atual para já, deveria, deve já existir alguma coisa, mas é meio que, como é um paradigma... Apesar que eu sou mais aberto para isso, né, mas tem um velho paradigma e até para formar, se não existe ainda um protocolo, alguma coisa já bem formada. É que estava para eu atender um transgênero que queria fazer a mudança de sexo, mas acho que acabou nunca vindo aqui, nunca frequentando aqui... Tinha alguma coisa assim... Mas é uma coisa que não está muito bem definida assim, entendeu? Deve existir alguma coisa, mas eu não vejo assim bem definidinha, ou a frequência dos transgêneros na unidade básica, pelo menos aqui não tem... Não sei se na tua tem lá...né? E aí eu já vi alguma coisa que você, isso é uma coisa boba assim, que tem que tratar como se fosse a... Tipo é um homem, então transgênero, travestido, né... Tem que tratar como mulher, tem umas regrinhas, chamar pelo nome, manter a privacidade..., mas deveria, se já não existe, deveria ter alguma coisa mais bem definida, mais divulgada, mais capacitação, mais... Isso já não existe, mas, aqui no meu posto, não vivenciei nenhum caso desses, mas é uma sugestão de um tema que não foi abordado até agora.

Ent: mais alguma coisa que tu consideras importante e que gostaria de colocar?

M09: acredito que não, falei bastante!

# AUTORIZAÇÃO

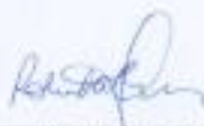
Nome do autor: Roberta Colvara Torres Medeiros

RG: 2063451542

Título da Dissertação: Planejamento familiar: política, acesso e necessidades

Autorizo a Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, através da Biblioteca Universitária, disponibilizar cópias da dissertação de minha autoria.

Joinville, 07 de maio de 2019.



---

Assinatura do aluno