



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES

**ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO:
um estudo a partir do planejamento reprodutivo**

FEIRA DE SANTANA - BA
2024

DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES

**ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO:
um estudo a partir do planejamento reprodutivo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para o título de Mestre, sob linha de pesquisa Avaliação e Gestão do cuidado, políticas, programas e serviços de saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite Leal

FEIRA DE SANTANA- BA
2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES

ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO:

um estudo a partir do planejamento reprodutivo

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 22/11/2024

Documento assinado digitalmente

gov.br

JULIANA ALVES LEITE LEAL

Data: 28/11/2024 15:54:52-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof (a). Dr (a). Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
Orientadora

Documento assinado digitalmente

gov.br

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

Data: 29/11/2024 10:54:46-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof (a). Dr (a). Cleuma Sueli Santos Suto
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
Membro Titular

Documento assinado digitalmente

gov.br

ANDREIA SILVA RODRIGUES

Data: 28/11/2024 15:36:13-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof (a). Dr (a). Andreia Silva Rodrigues
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU

Documento assinado digitalmente

gov.br

MONICA OLIVEIRA RIOS

Data: 28/11/2024 20:55:32-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Membro Titular

Prof (a). Dr (a). Mônica de Oliveira Rios
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
Membro Suplente

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Marques, Daniela Ferreira Bastos
M316a Acesso a saúde reprodutiva enquanto direito: um estudo a partir do planejamento reprodutivo/ Daniela Ferreira Bastos Marques. – 2024.
182f.: il.

Orientadora: Juliana Alves Leite Leal
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Mestrado Profissional em Enfermagem, 2024.

1. Saúde sexual e reprodutiva. 2. Direito à saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Planejamento reprodutivo. 5. Mulheres. 6. Acesso aos serviços de saúde. I. Leal, Juliana Alves Leite, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Enfermagem. III. Título.

CDU: 612.6

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por guiar meus passos, amparar-me diante dos obstáculos, fortalecer minha fé, mesmo em meio às dificuldades, e inspirar-me a persistir.

À minha mãe, meu exemplo de força e perseverança, sou profundamente grata por sempre me incentivar e impulsionar na conquista dos meus sonhos. Obrigada pelas orações, pelo cuidado, pelo carinho, por compreender minhas ausências ao longo deste caminho e por sua torcida incondicional. Te amo.

À minha irmã Jaqueline, uma das minhas maiores incentivadoras e fonte de inspiração. Em você, vejo que é possível sonhar. Você foi a primeira Mestre da nossa família e a primeira a me encorajar a trilhar esse caminho, ainda novo para todas nós. Obrigada por todo o carinho, pela escuta, pelo colo, consolo e pela torcida. Te amo.

À minha tia Marizete (in memoriam), pela torcida, pelas orações, pelo apoio, pelas ligações carinhosas. Ter estado mais próxima da senhora nesses últimos anos foi um privilégio. Embora não esteja aqui fisicamente para testemunhar a conclusão desta jornada, sinto que seu amor continua guiando meus passos.

A meu cunhado Jefferson, obrigada pela torcida, pelo apoio e por toda a ajuda nesse processo. A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite Leal, sou profundamente grata pelo acolhimento, por acreditar no meu trabalho, pela compreensão, pela paciência e pelos ensinamentos que enriqueceram a minha trajetória acadêmica.

Aos colegas de turma, agradeço por todo o aprendizado, pelo companheirismo e pelas risadas, que tornaram o caminho mais leve. Em especial, minha gratidão a Tereza e a Ana Karoline, pela amizade, pelo apoio, pela parceria e pela ajuda. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em meu caminho.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, que eu tenho a honra de retornar e a todos professores que fazem parte do Mestrado Profissional de Enfermagem, agradeço por todo o aprendizado e contribuição na minha trajetória acadêmica. E a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A todos os funcionários da UEFS, agradeço pela disponibilidade e pelo respeito.

Aos membros da Banca, agradeço por enriquecer o meu estudo, pelos ensinamentos e pela gentileza em aceitar contribuir na minha jornada acadêmica.

As minhas amigas e amigos, agradeço profundamente por compreenderem a minha ausência, pelo incentivo, pelo apoio e pela amizade. Vocês foram respiro em muitos momentos nessa jornada. Amo vocês.

A Ilana e a Monique, minha gratidão por serem luz em minha vida. Obrigada pelo apoio, pela orientação e por sempre me incentivarem, sem permitirem que eu desistisse, mesmo diante das dificuldades.

A Cristina, minha gratidão pelo apoio, pela ajuda e por toda a generosidade.

Aos meus colegas de trabalho, agradeço o apoio, a paciência e a compreensão durante essa jornada.

Aos participantes do estudo, agradeço a generosidade e por aceitarem participar deste estudo. Sem vocês não seria possível realizar esse sonho.

Agradeço a todos que contribuíram para a construção desta dissertação, seja com seus conhecimentos, com apoio direto ou indireto. Sou imensamente grata a Deus, que, em sua generosidade, coloca em meu caminho pessoas dispostas a me ajudar e a tornar essa jornada possível.

À Secretaria de Saúde de Camaçari, agradeço por permitir a realização deste estudo e pela disponibilidade.

RESUMO

Os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para garantir a igualdade e a dignidade humana, exigindo políticas públicas que promovam a saúde reprodutiva. A Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel crucial nesse contexto e constitui-se como um local privilegiado de acesso à saúde reprodutiva. A inclusão de informações sobre saúde sexual e reprodutiva na APS permite que as mulheres façam escolhas conscientes, cuidem de si mesmas e dos outros, previnam situações de risco, promovam a saúde e tenham uma visão integral do corpo e da mente. Este estudo tem como objetivo: Analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito a partir da produção do cuidado no planejamento reprodutivo, utilizando as dimensões do acesso: política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória. A pesquisa qualitativa adequa-se a esse estudo, porque permite explorar aspectos complexos e subjetivos, viabilizando a compreensão de crenças, valores e práticas relacionadas à saúde reprodutiva, possibilitando que os participantes estudados possam expressar suas experiências, medos, esperanças e desafios, o que pode contribuir na investigação de questões referentes à acessibilidade aos serviços de saúde, ao trabalho dos profissionais e a própria temática do direito reprodutivo. O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma região do Distrito Costa do município de Camaçari e os participantes das entrevistas foram mulheres atendidas no planejamento reprodutivo; enfermeiros e médicos que atendem planejamento reprodutivo e gestores municipais relacionados à área de saúde da mulher no município de Camaçari-BA. As técnicas de coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação sistemática. Para análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática. Sendo criada planilha no excel, onde foram extraídos os núcleos de sentido e após isso, surgiram as cinco categorias. Como resultados da pesquisa, na dimensão política, observa-se uma falta de conscientização do direito à saúde reprodutiva, sendo destacados aspectos que limitam o acesso. Na dimensão econômico-social, barreiras econômicas e sociais dificultam o acesso pleno. Em relação à dimensão organizacional, encontramos problemas de acesso geográfico e fragilidades estruturais nos serviços, com escassez de recursos suficientes para garantir o atendimento contínuo e de qualidade. Na dimensão técnica, destacam-se a ausência de planejamento eficaz, vínculos e acolhimento frágeis entre as usuárias e os serviços, comprometendo a continuidade do cuidado. Já na dimensão simbólica, observa-se a presença de tabus, dilemas religiosos e desinformação sobre métodos contraceptivos, que impactam negativamente a autonomia e o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo. Observou-se a necessidade de implementar estratégias como fluxos organizacionais bem definidos e divulgados, além de educação em saúde e capacitação contínua, para aprimorar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari. Como produtos deste estudo, sugeriu-se dois produtos técnicos, que foram a criação de uma seção no site da prefeitura com documentos sobre saúde reprodutiva e o desenvolvimento de um fluxograma unificado que mapeie todas as opções de assistência à promoção da saúde reprodutiva na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, e o produto científico, que foi o manuscrito.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva, Mulheres, Direitos à saúde, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Planejamento reprodutivo.

ABSTRACT

Sexual and reproductive rights are fundamental to ensuring equality and human dignity, requiring public policies that promote reproductive health. Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in this context and serves as a privileged access point to reproductive health. Including information on sexual and reproductive health in PHC allows women to make informed choices, care for themselves and others, prevent risky situations, promote health, and gain a holistic view of body and mind. This study aims to analyze access to reproductive health in the municipality of Camaçari-BA as a right through the lens of reproductive planning, using the following access dimensions: political, socio-economic, organizational, technical, and symbolic. This is a qualitative exploratory study. Qualitative research is suitable for this study as it allows for the exploration of complex and subjective aspects, enabling an understanding of beliefs, values, and practices related to reproductive health. It also allows participants to express their experiences, fears, hopes, and challenges, which can aid in investigating issues related to health service accessibility, professional work, and reproductive rights. The study was conducted at Family Health Units (FHU) and Basic Health Units (BHU) in the Costa District of Camaçari, with interview participants including women in reproductive planning, nurses, doctors, and municipal health managers involved in women's health in Camaçari-BA. Data collection techniques included semi-structured interviews, document analysis, and systematic observation. Data were analyzed using thematic content analysis, with an Excel spreadsheet created to extract themes, leading to the identification of five categories. The research findings indicate a lack of awareness regarding the right to reproductive health in the political dimension, highlighting barriers that limit access. In the socio-economic dimension, economic and social barriers hinder full access. In the organizational dimension, geographic access issues and structural weaknesses in services were found, with insufficient resources to ensure continuous and quality care. In the technical dimension, the lack of effective planning, fragile connections, and reception between users and services compromise continuity of care. The symbolic dimension revealed the influence of taboos, religious dilemmas, and misinformation about contraceptive methods, negatively impacting women's autonomy and right to reproductive planning. The study observed a need to implement strategies such as well-defined and disseminated organizational flows, health education, and continuous training to improve access to reproductive health in Camaçari. As products of this study, two technical products were suggested, which were the creation of a section on the city hall website with documents on reproductive health and the development of a unified flowchart that maps all the assistance options for promoting reproductive health in the city's Health Care Network (RAS), and the scientific product, which was the manuscript.

Keywords: Sexual and reproductive health, Women, Rights to health, Primary Health Care, Access to health services, Reproductive planning

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CASC	Centro de Atenção à Saúde da Criança
CASM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CCE	Centro de Cirurgias Eletivas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEONC	Centro de Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER II	Centro Especializado de Reabilitação Física e Intelectual
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CINAHL	Índice Cumulativo em Enfermagem e Ciências Afins
CRES	Coordenação Regional de DST e AIDS
COVID	Coronavírus Disease
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo intrauterino
EAP	Equipes de Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MESH	Medical Subject Headings
MPE	Mestrado Profissional de Enfermagem
MRN	Metro Recôncavo Norte
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU	Secretaria de Saúde
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNEB	Universidade Estadual da Bahia
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024.....	34
Figura 2	Fluxo de seleção dos artigos, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024	131
Figura 3	Aspectos da dimensão organizacional emergidos na revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024	133
Figura 4	Aspectos da dimensão técnica emergidos na revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024	134
Figura 5	Fluxograma de acesso à saúde reprodutiva em Camaçari, BA, Brasil, 2024	140
Figura 6	<i>Webpage</i> da Prefeitura de Camaçari, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Unidades de Atenção Primária à Saúde de Camaçari, BA, Brasil, 2024....	42
Quadro 2	Unidades de Atenção Primária à Saúde do Distrito Costa, Camaçari, BA, Brasil, 2024.....	43
Quadro 3	Mapeamento sistemático de descritores, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2024.....	129
Quadro 4	<i>String</i> de busca nas bases de dados, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2024	129
Quadro 5	Caracterização dos estudos da revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das usuárias de acordo com faixa etária, Camaçari, BA, Brasil, 2024.....	44
Tabela 2	Caracterização das usuárias de acordo com aspectos econômicos, Camaçari, BA, Brasil, 2024.....	45
Tabela 3	Caracterização das usuárias de acordo com aspectos sociais, Camaçari, BA, Brasil, 2024.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVO	20
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1	MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA....	21
2.2	DIREITO À SAÚDE E AO ACESSO.....	26
2.2.1	As dimensões do acesso.....	32
2.3	SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	34
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	40
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	41
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
3.4	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	46
3.4.1	Entrevista.....	46
3.4.2	Análise documental.....	48
3.4.3	Observação sistemática.....	49
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
3.7	NEGOCIAÇÕES DA PESQUISA.....	53
3.7.1	Aproximação com as usuárias que acessam o planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde	54
3.7.2	Aproximação com os profissionais de saúde que atuam no planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde.....	55
3.7.3	Aproximação com os gestores relacionados à saúde reprodutiva no município.....	55
4	ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: uma análise a partir das dimensões do acesso.....	57
4.1	A PERSPECTIVA POLÍTICA SOBRE O ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA: carência da priorização do direito.....	58
4.2	A DIMENSÃO TÉCNICA E A SAÚDE REPRODUTIVA:	

	possibilidades de aprimoramento e estratégias para um cuidado integral	71
4.3	DESAFIOS ORGANIZACIONAIS NO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	87
4.4	A INFLUÊNCIA ECONÔMICO-SOCIAL SOBRE A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA.....	102
4.5	SIMBOLOGIA DO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA: influências na autonomia da mulher.....	111
5	PRODUTOS TÉCNICOS E CIENTÍFICOS PROPOSTOS: contribuições para o Município de Camaçari.....	125
5.1	ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão integrativa	126
5.2	FLUXOGRAMA DE ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA EM CAMAÇARI.....	140
5.3	ACESSO RÁPIDO ÀS DIRETRIZES E PROTOCOLOS DE SAÚDE REPRODUTIVA.....	143
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS.....	148
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIAS.....	161
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	163
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES MUNICIPAIS	165
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (USUÁRIAS)	167
	APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)	169
	APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (GESTORES)	171
	APÊNDICE G – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL.....	173
	APÊNDICE H – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA...	174
	ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO.....	175
	ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO ÉTICA	176

1 INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos são fundamentais para garantir a igualdade e a dignidade humana, sendo reconhecidos tanto em leis nacionais quanto em tratados internacionais. Esses conceitos emergiram como um avanço histórico decorrente da luta pelos direitos humanos e pela cidadania (Brasil, 2013).

Para a vida em sociedade, é essencial o respeito aos direitos básicos, como à vida, alimentação, saúde, moradia, educação, afeto, sexual e reprodutivo. Estes devem ser igualmente assegurados, independentemente de classe social, cultura, religião, raça, etnia ou orientação sexual. É crucial reconhecer e valorizar as diferenças para alcançar a igualdade de direitos, sem a possibilidade de priorizar um em detrimento do outro (Brasil, 2013).

Em relação aos direitos reprodutivos, Peixoto (2010) argumenta que estão estritamente ligados ao princípio de autodeterminação reprodutiva dos indivíduos, com um enfoque particular nas mulheres, dada a centralidade da restrição da liberdade feminina. E engloba a esfera da autonomia, que em termos mais diretos, diz respeito à capacidade de tomar decisões acerca da quantidade de filhos, dos métodos de reprodução a serem empregados e do momento mais apropriado para isso.

Esses direitos se fundamentam por normas e princípios que asseguram a expressão individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. Conseqüentemente, nos colocam diante de uma prerrogativa subjetiva que concede ao indivíduo a obtenção dos recursos necessários para o pleno exercício de sua liberdade reprodutiva, livre de qualquer forma de discriminação, coerção, agressão ou limitação (Ventura, 2009).

Por sua vez, o direito sexual tem sua história recente, originando-se nos movimentos gays e lésbicos, com o objetivo de eliminar o estigma em relação a todas as formas de sexualidades. Este abrange a vivência da sexualidade, a liberdade de escolha de parceiros e atividades sexuais, sem distinção ou constrangimento (Lemos, 2014). A sua consolidação ocorreu apenas na década de 1990, sendo um conceito relativamente novo e utilizado pelos movimentos feministas na luta contra as desigualdades de gênero (Correa, 2003).

No entanto, para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam efetivamente garantidos, é necessário implementar políticas públicas que promovam a saúde sexual e reprodutiva. O espaço da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, tem sido fundamental nesse contexto (Lemos, 2014). Portanto, é importante compreender separadamente os conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva e os marcos históricos internacionais e nacionais que têm sido

fundamentais para a criação de políticas abrangentes nessa área.

Dentre os marcos internacionais, destacam-se duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU): a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995. A CIPD transformou o debate sobre o controle populacional ao priorizar os direitos humanos, o bem-estar social, a igualdade de gênero, a saúde e os direitos reprodutivos. Além disso, enfatizou a importância do empoderamento das mulheres e da educação dos homens sobre comportamentos mais responsáveis (Corrêa; Sem, 1999).

No âmbito nacional, alguns marcos são dignos de destaque. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, enfatiza a integralidade e a equidade das ações, propondo uma visão abrangente da saúde da mulher em todas as fases do ciclo de vida, não se limitando apenas à gravidez e ao puerpério. A Constituição Federal de 1988 responsabiliza o Estado pelo planejamento familiar, enquanto a Lei nº 9.263/1996 regula essa questão (Brasil, 2013).

Desta forma, o conceito de saúde reprodutiva, que foi estabelecido em 1988 pela OMS e ampliado pela CIPD, abrange o bem-estar físico, mental e social relacionado ao sistema reprodutivo e suas funcionalidades, além da ausência de doenças ou enfermidades. Envolve a capacidade de ter uma vida sexual segura e satisfatória, com autonomia para decidir sobre a reprodução (quando e quantas vezes deve fazê-la) (Brasil, 2013).

Já segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde sexual é definida como um equilíbrio físico, emocional, mental e social no que concerne a sexualidade e vai muito além da inexistência de doenças ou disfunções. Requisita uma abordagem respeitosa e a possibilidade de ter experiências prazerosas, sem ameaças de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas, coerção, violência ou discriminação, para isso, é necessário que os direitos sexuais dos indivíduos sejam garantidos (Brasil, 2013).

Apesar dos esforços globais, o acesso à saúde sexual e reprodutiva (SSR) ainda é limitado e desigual, uma vez que não ocorre de forma equitativa. As desigualdades sociais, de gênero e de orientação sexual são alguns dos obstáculos que dificultam o acesso de certos grupos à SSR. No entanto, quando as pessoas acessam informações adequadas sobre seu corpo e saúde, elas podem tomar decisões informadas e planejar suas vidas com maior autonomia (UNFPA, 2022).

A inclusão de informações sobre saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS) permite que as mulheres façam escolhas conscientes, cuidem de si mesmas e dos

outros, previnam situações de risco, promovam a saúde e tenham uma visão integral do corpo e da mente (UNFPA, 2022).

Sendo assim, a APS constitui-se como um local privilegiado de acesso à saúde reprodutiva. Representa uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se define pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. Essas unidades são comumente consideradas espaços onde ocorre, ou deveria ocorrer, o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, proporcionando a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (Lavras, 2011).

Neste estudo, os termos APS e Atenção Básica (AB) serão tratados como sinônimos, pois para muitos autores são equivalentes e neste projeto serão considerados dessa forma. A AB tem a Saúde da Família como principal estratégia para garantir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve a AB como um grupo de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que englobam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de uma área adscrita, onde assume responsabilidade sanitária e considera a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2012a).

O País, desde 1994, oferece serviços de APS a população a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse período, a ESF conseguiu alcançar resultados importantes, tais como: redução da mortalidade infantil e de mortes evitáveis em adultos. Embora os avanços sejam evidentes, percebe-se a dificuldade de atingir bons indicadores em ações fundamentais: oferta de cuidado a condições clínicas frequentes, imunização, controle de condições crônicas, como diabetes, hipertensão, dislipidemia, doenças respiratórias, rastreamento de câncer, saúde mental, diminuição de internações por condições sensíveis e diminuição da busca por serviços de urgências por motivos não caracterizados como urgentes (Harzheim *et al*, 2022).

A ESF é uma reorganização do modelo assistencial na APS no Brasil desde 1994. Ela se baseia na descentralização, capilaridade, resolutividade, coordenação e ordenação do cuidado em rede. No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, a ESF desempenha um papel importante no desenvolvimento de ações como o planejamento familiar e reprodutivo (Uchoa *et al*, 2016).

No contexto da saúde das mulheres, a busca por cuidados ainda reflete discriminação, frustrações e violações de direitos, gerando tensão e mal-estar psicofísico. Indicadores epidemiológicos relacionados à saúde das mulheres no Brasil revelam que, embora existam políticas públicas e ações em andamento, as desigualdades regionais contribuem para o aumento da vulnerabilidade feminina (Brasil, 2011).

A forma como as instituições e as práticas de saúde estão organizadas ainda resulta em uma assistência fragmentada e com baixa resolutividade, concentrando o cuidado nas queixas clínicas e atribuindo às mulheres a responsabilidade pelo controle da reprodução (Ramos, 2008). Além disso, existe fragilidade na garantia de acesso e na capacidade de resolubilidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva.

O conceito de acesso é complexo e geralmente, é utilizado de maneira imprecisa em sua relação com o uso de serviços de saúde. Sua definição varia conforme alguns autores, encontrando-se aqueles que empregam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos e outros, que fazem distinção de seus significados (Travassos; Martins, 2004).

Starfield (2002) e Penchansky e Thomas (1981) distinguem acesso e acessibilidade, embora considerem que são complementares. Para Starfield (2002), acessibilidade abrange a características da oferta, já o acesso é a maneira como as pessoas compreendem a acessibilidade. Penchansky e Thomas (1981) trazem conceitos mais amplos, em que o acesso é o ajuste entre os usuários e o sistema de saúde, definindo alguns atributos para a definição como: disponibilidade de serviços em relação às necessidades dos usuários; acessibilidade, ajustamento entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento sendo o modo como os serviços estruturam-se para recepcionar os usuários e a forma que eles se adaptam; capacidade de compra como as formas de financiamento e a possibilidade dos usuários de pagarem pelos serviços; e aceitabilidade como os usuários e profissionais de saúde reagem às suas práticas.

Donabedian (2003), traz acesso e acessibilidade como conceitos semelhantes. Refere-se a capacidade dos serviços de dar respostas às necessidades dos usuários de forma fácil e conveniente. Percebe-se dessa forma, que o acesso é muito mais complexo do que apenas conseguir chegar aos serviços de saúde. O seu conceito é ampliado e para fins deste estudo, consideramos o acesso como direito universal e utilizaremos as cinco dimensões de análise, definidas por Assis e Jesus (2012), que são política, econômica-social, organizacional, técnica e simbólica, por entender que é dessa forma, que se organiza uma atenção integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

Diante do exposto, o interesse por esta temática se deu a partir da minha experiência profissional como enfermeira assistencial e gerente de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari, Bahia (BA). A inquietação partiu da constatação rotineira de gravidez não planejada entre as mulheres jovens, mesmo com a disponibilidade de métodos contraceptivos de curta e longa duração na rede de saúde.

No ano de 2021, o município criou a portaria nº 024/2021 que dispõe sobre o acesso avançado por meio da organização dos agendamentos de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da APS, com o intuito de garantir a assistência das demandas de saúde da população no momento oportuno. Essa estratégia tem sido importante porque possibilitou que essas mulheres, que procuram os serviços de planejamento reprodutivo, tenham as suas necessidades atendidas mais prontamente.

Além disso, pude observar a falta de conhecimento dessas mulheres em relação ao próprio corpo, a persistência de concepções arcaicas sobre o planejamento reprodutivo, que mantém um enfoque prescritivo e pouco educativo, e a ausência de autonomia reprodutiva das mulheres na escolha do método para decidir sobre sua reprodução e sua saúde sexual. Para além, compreende-se que essas questões são reflexo de uma cultura patriarcal que insiste em tomar decisões em nome das mulheres.

Esse estudo torna-se relevante, porque embora existam leis e políticas que implementem a assistência da saúde sexual e reprodutiva no Brasil e garantam o acesso aos métodos contraceptivos de curta e longa duração, os usuários, especialmente as mulheres, que mais acessam esses serviços ainda enfrentam dificuldades para atender às suas demandas e quando conseguem utilizar tais serviços, nota-se pouca resolubilidade, pois observa-se a cada de gravidez não desejada, abortos inseguros e diminuição da autonomia sobre seus corpos e decisões reprodutivas.

Destarte, é imprescindível compreender os principais desafios enfrentados pelas mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, investigar as lacunas existentes nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e propor estratégias que promovam a autonomia e o bem-estar feminino. É necessário modificar as práticas dos profissionais de saúde, visando proporcionar uma assistência integral, resolutiva e equitativa, livre de discriminação e voltada para o acesso a informações sobre direitos reprodutivos e sexuais, métodos contraceptivos, que garantam às mulheres autonomia na decisão sobre sua própria fertilidade e sexualidade.

Ademais, é importante verificar se os métodos contraceptivos disponíveis nos serviços são suficientes para atender a demanda de planejamento reprodutivo no município. Hoje, os

métodos ofertados para mulheres no município são de curta duração (minipílula, contracepção 150mg, mesigyna), método barreira (preservativo) e de longa duração (dispositivo intrauterino - DIU e laqueadura).

Na prática profissional da pesquisadora em uma USF no município, é observado que a oferta de métodos de curta duração tem sido suficiente para o atendimento da demanda, porém os encaminhamentos para os métodos de longa duração, encontram mais barreiras de acesso, como as dificuldades de agendamentos para as usuárias. Muitas pacientes passam meses tentando a inserção do DIU e a laqueadura, algumas acabam engravidando durante a espera.

Sendo assim, surge a seguinte questão de pesquisa: como a Atenção Primária em Saúde assegura o acesso à saúde reprodutiva enquanto direito à saúde? A partir dessa questão, este estudo buscou contribuir para a compreensão do acesso à saúde reprodutiva enquanto direito, analisando o contexto da Atenção Primária em Saúde do município de Camaçari-BA e investigando os principais desafios e barreiras enfrentados pelas mulheres nesse processo. A pesquisa pretende ainda propor estratégias e recomendações para promover uma assistência mais efetiva, equitativa e centrada nas necessidades das mulheres, fortalecendo sua autonomia e garantindo o pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

1.1 OBJETIVO

- Analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito, a partir da produção do cuidado no planejamento reprodutivo, utilizando as dimensões do acesso: política, econômica-social, organizacional, técnica e simbólica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A abordagem teórica deste estudo busca traçar a linha do tempo da saúde reprodutiva, desde seus marcos históricos até os dias atuais, tanto no Brasil quanto no mundo. Esse levantamento é fundamental para compreender a evolução desse campo e seus impactos na saúde da mulher. Além disso, é crucial abordar questões relacionadas aos direitos e ao acesso à saúde reprodutiva, direcionando nosso foco para a atuação da Atenção Primária em Saúde, especialmente no que diz respeito ao planejamento reprodutivo. Tomaremos como base teórica as Políticas e Programas implantados que abordam a saúde sexual e reprodutiva.

2.1 MARCOS HISTÓRICOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A fim de compreender como a saúde sexual e reprodutiva encontra-se nos dias atuais, é preciso conhecer os marcos históricos nacionais e internacionais, que contribuíram para os avanços nos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais e na luta pela sua garantia através de Políticas Públicas.

Os direitos sexuais e reprodutivos são considerados como direitos humanos, que foram fundamentados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU em 1948 após os acontecimentos da Segunda Guerra Mundial, e são definidos como universais e intrínsecos à natureza de cada indivíduo, não dependendo das especificidades sociais e culturais de uma determinada sociedade (Brasil, 2013).

Nas décadas de 1950 e 1960, foi propagado o medo do aumento populacional e os teóricos de políticas defendiam a divulgação de métodos anticoncepcionais, ainda que contrariasse os interesses individuais. Em oposição a esse contexto, os movimentos feministas sempre lutaram para que as pessoas tivessem direito a escolha e para que as mulheres conquistassem a liberdade de decidir sobre os assuntos sexuais e reprodutivos (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006).

Com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o movimento feminista conseguiu inserir a questão do planejamento familiar dentro das iniciativas abrangentes de cuidados de saúde das mulheres, representando um avanço significativo, porque adotou uma postura neutra em relação às metas de crescimento e controle populacional, que eram características das políticas macroeconômicas do país (Alves, 2006).

Houve um consenso de que esse controle da fecundidade no país não deveria ser

obrigatório e que a disponibilidade de métodos contraceptivos era um direito do indivíduo, sendo dever do Estado oferecê-lo através do sistema de saúde. Baseado nos conceitos do PAISM, o Brasil definiu a sua postura na Conferência Internacional de População do México em 1984 (Alves, 2006).

O acordado no México considerou que o planejamento da quantidade de filhos (ao invés de familiar) é um direito dos indivíduos e o Estado tem o dever de garantir informações e mecanismos para o controle da fecundidade e que esta deve ser viabilizada por meio da assistência à saúde integral da mulher. Esta perspectiva foi importante para orientar as discussões para a construção da Constituição de 1988 (Alves, 2006).

A Constituição Federal decretada em 1988, dispõe no Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, artigo 226, inciso 7º, sobre o dever do Estado em relação ao planejamento familiar, da seguinte forma:

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).

Dessa forma, percebe-se que houve avanços nos direitos sexuais e reprodutivos com a mudança de mentalidade em relação ao controle obrigatório de natalidade e a garantia dos direitos humanos à pessoa, que no Brasil foi assegurado pela Constituição Federal. Ainda assim, é um desafio para os países promoverem uma atenção justa e igualitária para os cidadãos.

Entre os marcos internacionais, que trazem definições de direitos sexuais e reprodutivos, destacam-se duas conferências realizadas pela ONU: a CIPD, realizada no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim em 1995 (Brasil, 2013).

A CIPD abandonou o enfoque da limitação do crescimento populacional como estratégia para eliminar a pobreza e as desigualdades, evidenciando-se o desenvolvimento do ser humano, além de considerar nas discussões sobre população e desenvolvimento, as questões relativas à mulher, desigualdades de gênero, meio ambiente e os direitos humanos, estabelecendo acordos internacionais com 179 países (Brasil, 2013).

Em Brasil (2013), a CIPD foi responsável pela definição de saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher ratificou os pactos determinados no Cairo decretando os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Em 1996 foi publicada a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regula o inciso 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata sobre o planejamento familiar e dispõe em seu artigo 1º que “o planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta

Lei” (Brasil, 1996).

Ainda estabelece em seu artigo 2º:

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, 1996).

Em 2000, a ONU organizou a Conferência do Milênio, que contou com a participação de 189 países, entre eles o Brasil. Estes assinaram uma declaração, que estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o crescimento sustentável dos povos e a eliminação da pobreza e da fome, denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que deveriam ser alcançados, em grande parte, entre 1990 e 2015 (Brasil, 2013).

Os objetivos relacionados à saúde reprodutiva são a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna e o combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids), malária e outras doenças (Brasil, 2013). Observa-se que os objetivos ainda hoje não foram alcançados e os países em geral necessitam fazer cumprir as Políticas Públicas criadas com o intuito de garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos seus usuários.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes, que demonstra o compromisso em implementar medidas de saúde que contribuam para assegurar os direitos humanos das mulheres e reduzir a incidência de morbimortalidade de doenças evitáveis e tratáveis (Brasil, 2004).

A integralidade e a promoção da saúde são princípios norteadores desta Política, que consolida os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfocando na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Incorpora ainda a prevenção e o tratamento de mulheres, que vivem com HIV/Aids e aquelas que têm doenças crônicas, que não são transmitidas e câncer ginecológico. Além de ampliar ações para grupos vulneráveis que não são contemplados por políticas públicas em suas especificidades e necessidades (Brasil, 2004).

Em 2005, o MS lançou a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que apresenta as diretrizes do governo federal para a garantia de que homens e mulheres, adultos ou adolescentes tenham direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque no planejamento familiar (Brasil, 2005a).

Entre as prioridades e ações firmadas para o período de 2005 a 2007 estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; a elaboração e distribuição de

manuais técnicos e de cartilhas educativas; a capacitação dos profissionais de saúde da AB para assistência em planejamento familiar; seminário para a pactuação da Política Nacional para Atenção Integral Saúde da Mulher; a atenção em reprodução humana assistida na rede SUS; a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; a ampliação do Programa saúde e prevenção nas escolas; entre outras ações (Brasil, 2005a).

Ainda neste ano, outro marco importante foi a aprovação da Lei 11.108/2005, que garante às mulheres o direito a acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (Brasil, 2005b). Essa lei foi violada na pandemia de Coronavírus (COVID 19), devido aos riscos de transmissão do vírus e disseminação da doença.

Outra legislação necessária, que embora não esteja diretamente relacionada à saúde reprodutiva, assume um papel em nossa sociedade ainda influenciada pelo patriarcado é a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Maria da Penha, que protege as mulheres vítimas de violência doméstica e familiar (Brasil, 2006a). É um importante instrumento para combater as desigualdades de gênero que persistem em nossa cultura e que historicamente traz prejuízos que lesam à saúde das mulheres.

Em 2013, houve a aprovação do Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento, que inclui o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva como tema prioritário (UNIFPA, 2013).

Já em 2015, foi lançada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que em seu objetivo 3 trata sobre assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades se comprometendo que até 2030, será assegurado “o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais” (Nações Unidas Brasil, 2015).

A lei de nº 14.443 de setembro de 2022, altera a lei nº 9.263 de janeiro de 1996 sobre as condições para o acesso à esterilização voluntária no âmbito do planejamento familiar. Modificando a idade mínima para homens e mulheres fazerem laqueadura tubária ou vasectomia para 21 anos ou a necessidade de ter dois filhos vivos, desde que o prazo mínimo entre a manifestação do desejo e o procedimento cirúrgico seja de no mínimo 60 dias e nesse período será realizado aconselhamento por uma equipe multidisciplinar e a oferta de métodos reversíveis (Brasil, 2022). Além disso, a esterilização cirúrgica será garantida a mulher no momento do parto desde que respeite o período mínimo entre a solicitação e o parto e tenha condições clínicas para o procedimento.

Apesar da nova lei preconizar o desejo da mulher em relação a esterilização cirúrgica e

no Município de Camaçari existir um documento orientador para tal procedimento, a cidade reconhece que ainda não tem um fluxo estabelecido para a realização de laqueadura tubária no momento do parto e o procedimento cirúrgico só é realizado mediante autorização do obstetra após avaliação e indicação clínica (Camaçari, 2023).

Compreende-se a importância de assegurar condições clínicas da mulher para evitar agravamentos durante o parto, mas é necessário criar um espaço, no qual essa usuária possa ser avaliada durante o pré-natal e seja assegurado o direito de solicitar a esterilização cirúrgica, avaliando riscos, vulnerabilidades sociais, quantidade de filhos e anseios dessa gestante para que junto com a equipe multiprofissional seja decidido sobre a realização ou não da laqueadura, pois isso gera angústias e descontentamentos das mulheres, além de poder causar uma barreira no acesso.

Dessa forma, é imprescindível enfatizar a importância dos direitos reprodutivos das mulheres, além de garantir que a atenção à saúde seja baseada na equidade e justiça reprodutiva. Os estabelecimentos, os profissionais de saúde e a gestão não devem criar protocolos sem considerar as necessidades individuais das usuárias, bem como os fatores sociais e culturais, ferindo os princípios e diretrizes do SUS.

Além de garantir os direitos reprodutivos, é necessário entender que a tomada de decisões relacionadas à saúde reprodutiva deve ser um processo informado e consentido. É importante que os serviços ofereçam informações claras e precisas em relação aos diversos métodos contraceptivos da rede, para que as usuárias possam decidir de forma consciente. Sendo assim, a abordagem centrada na paciente, a comunicação aberta entre equipe de saúde e mulheres são elementos-chave para assegurar a sua autonomia.

A Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023, preocupa-se em priorizar a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e trata sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, sobre este aspecto no item 45 aponta para essa estratégia:

Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que podem gestar tendo por base a justiça reprodutiva e atenção à saúde segundo os princípios do SUS, considerando os direitos das pessoas que menstruam e daquelas que estão na menopausa e em transição de gênero, tendo em conta, no sistema de saúde, a equidade, igualdade com interseccionalidade de gênero, raça/etnia, deficiência, lugar social e outras (Brasil, 2023).

Na Resolução percebe-se a necessidade de garantir que as políticas públicas criadas,

sejam implementadas de forma eficaz e fiscalizadas para assegurar os princípios do SUS na prática. Isso implica em atualizações com profissionais para que abordem a saúde reprodutiva de maneira sensível e não discriminatória, incluindo as usuárias no processo de decisão, bem como a alocação de recursos adequados para atender às suas demandas em todas as fases de suas vidas reprodutivas.

Em última análise, a promoção dos direitos reprodutivos das mulheres e a busca da equidade no sistema de saúde são imperativos essenciais para garantir que todas as usuárias tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e possam tomar decisões informadas sobre sua própria saúde e bem-estar.

2.2 DIREITO À SAÚDE E AO ACESSO

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, que define o conceito de saúde no país como um “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

No entanto, a tradução efetiva desse direito fundamental em políticas públicas nem sempre é alcançada de maneira satisfatória, a disparidade entre o ideal estabelecido na Constituição e a realidade enfrentada pelos usuários revela desafios estruturais e operacionais que permeiam o serviço de saúde. Questões como a falta de acesso a serviços básicos e a burocracia administrativa podem comprometer a realização plena desse direito essencial.

A Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, contempla o que está garantido na Constituição de 1988 e reforça em seu artigo 2º, que "saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (Brasil, 1990).

Apesar dessa legislação ser um importante passo na formalização dos direitos do cidadão e regulamentar o SUS junto com a Lei 8142/90, ela também expõe algumas fragilidades do sistema de saúde brasileiro. A desigualdade na distribuição de recursos entre as diferentes regiões do país frequentemente resulta em discrepâncias na qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde, prejudicando especialmente os grupos mais vulneráveis.

A relação entre direito e saúde atualmente é um debate que além de ser relevante, exige uma abordagem crítica para compreender o contexto complexo em que essas duas esferas se entrelaçam. É necessário desvendar as verdadeiras obrigações do Estado em relação à saúde e questionar a dificuldade de assegurar os direitos à saúde a todos os indivíduos, sem

discriminação.

O direito à saúde, então, passa a ser garantido constitucionalmente no Brasil em 1988, englobando, além do princípio da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Apesar de ser reconhecida como um direito constitucional, a população brasileira ainda se depara com inúmeras barreiras quando se trata de efetivamente assegurar que o Estado cumpra a grandiosidade de sua promessa em termos de saúde (Silva; Bezerra; Tanaka, 2012).

A universalidade integra um dos ideais do movimento sanitário brasileiro, fazendo parte dos princípios básicos do SUS ao propor a criação de mecanismos institucionais para assegurar o acesso irrestrito a bens e serviços, sendo efetivada pelo sistema público (Souza, 2014). Para este autor, esta perspectiva reflete uma rejeição da ideia de tratar a saúde como mercadoria.

Inicialmente, este princípio surgiu com a finalidade de romper a linha divisória que havia ao longo da história da saúde no Brasil, na qual apenas os trabalhadores que possuíam emprego formal e colaboravam diretamente com a previdência social, tinham direito à assistência médica individual. Aqueles que não ingressavam no mercado de trabalho eram tratados como indigentes, dependentes de ações das organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas (Sousa, 2014).

Ainda segundo Sousa (2014), a universalidade ganha duas dimensões com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988: uma ampla, que reflete o direito legal à saúde para todas as pessoas, sem distinção; e uma restrita, que é a real, que nega esse direito, seja devido à falta de vagas no atendimento decorrente da grande demanda, seja pela insuficiência de estrutura, recursos ou profissionais qualificados e como resultado, estes se sentem obrigados a recorrer ao setor privado, contribuindo para a expansão desse segmento.

Sendo assim, constata-se que a universalidade demanda na determinação de políticas públicas que aspirem à qualidade de vida da população e o bem-estar coletivo, assim para a sua efetivação prática existe a necessidade de uma luta constante para a consolidação dos direitos humanos à saúde, porque de acordo com Oliveira (2004, p.2), “não basta mais falar de saúde como um bem indispensável à vida, mas sim de um elenco exaustivo de direitos que terá como consequência a saúde”.

Dessa maneira, a jornada em direção a saúde universal é uma narrativa complexa e multifacetada, marcada por avanços significativos e desafios persistentes. É um princípio baseado na igualdade e justiça, não sendo apenas um direito legal, mas um compromisso contínuo com a consolidação e aprimoramento dos sistemas de saúde para todos os cidadãos.

Segundo Cohn e Gleriano (2021), os trabalhos científicos apontam o SUS, que inicialmente foi concebido como um sistema universal, como uma estrutura fragmentada e

estritamente interligada com as dinâmicas de mercado no contexto do setor público de saúde e que impõem formas de comercialização, que influenciam a lógica da regulação da iniciativa privada.

Nesse contexto da oferta de serviços de saúde pelo setor público, de acordo com Fertoni *et al* (2015), observa-se a fragmentação na estruturação da rede assistencial, caracterizada por várias formas de segmentação, agravada pela diversidade e desigualdades presentes no Brasil. Tal situação dificulta a construção da representação para além da oferta de cuidado.

Consequentemente, perceber o SUS como um sistema público, universal, equânime e que preste uma assistência integral à população, é desafiador. Essa perspectiva entra em contraposição com a representação social predominante do acesso à saúde, que muitas vezes é concebida como um seguro voltado para os estratos menos privilegiados da sociedade. Essa concepção é frequentemente adotada por interesses privados alinhados com as ideias neoliberais (Cohn; Gleriano, 2021).

Portanto, surge a necessidade de uma reflexão sobre a importância da integralidade e da equidade na assistência prestada à população. A fragmentação da organização da rede assistencial, como referenciada por Fertoni *et al* (2015), prejudica a construção de uma representação social que transcenda a oferta de cuidados de saúde, pois é justamente a integralidade que se apresenta como base para superar esses desafios.

A integralidade na assistência à saúde compreende o olhar do indivíduo na sua plenitude, considerando aspectos biopsicossociais em seu contexto, mas para além disso, envolve a superação de barreiras nos diversos níveis de atendimento, possibilitando uma abordagem multiprofissional que assegure a continuidade dos cuidados ofertados.

De acordo com Silva, Bezerra e Tanaka (2012), o princípio da integralidade simboliza a identificação da complexidade e das necessidades de cada pessoa, comprovando que o direito à saúde no Brasil não está limitado a um conjunto de serviços essenciais, mas deve atender o básico para a oferta de uma assistência digna.

Para Pinho *et al* (2007), a integralidade concebe aspectos que abrangem desde a regulação das políticas públicas do serviço de saúde ao enxergar o indivíduo no âmbito de uma lógica de assistência que considere o cuidado na sua amplitude. Destacando dessa forma, a relevância de considerar esse princípio como um conceito fundamental no planejamento, na execução e na avaliação da rede assistencial, proporcionando a incorporação de uma visão holística do ser humano, que resulta em uma atenção mais completa e alinhada com as necessidades e direitos de cada pessoa.

Segundo Campos (2003), o principal desafio na tentativa de prestar um atendimento integral é reestruturar a maneira como os diferentes estabelecimentos e organizações de saúde atuam recentemente. Segundo o autor, a modificação das práticas deve ocorrer em dois níveis: o primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços; e o segundo, das condutas dos profissionais de saúde, nas quais a equipe é encarada como sujeito, ator primordial, determinante no processo de integralidade do cuidado prestado.

Já Hartz e Contandriopoulos (2004), correlacionam a integralidade como a associação de serviços por meio de redes assistenciais, entendendo que nenhuma organização tem a totalidade de recursos e competências indispensáveis para a resolução dos problemas de saúde.

Já a equidade é um pilar para que um dos marcos da Constituição Federal de 1988 seja garantido, que é a saúde como direito de todos, ela exige que os recursos sejam distribuídos com justiça social, atendendo prioritariamente os cidadãos mais necessitados, reduzindo disparidades e assegurando que fatores sociodemográficos como classe, raça, gênero e local de moradia não influenciem no acesso aos serviços de saúde.

Segundo Lues (2003), a equidade estabelece a diferença em questões de justiça, na medida em que, levando como referência Aristóteles, divide-se em duas formas: horizontal, que trata os iguais de forma igualitária e vertical, os desiguais de forma diferente.

De acordo com Siqueira-Batista e Schramm (2005), a equidade realiza dessa forma, uma distribuição justa desigual, estando atenta para as singularidades e diferenças entre os indivíduos e grupos sociais, que impeçam a igualdade, em conformidade com a teoria de justiça utilizada. Isso porque antes de tratar as pessoas de forma igualitária é necessário romper as iniquidades enfrentadas pelos indivíduos.

Paim (2006) reafirma esse pensamento entendendo que os esforços para diminuir as iniquidades em saúde levam em consideração a dotação dos recursos financeiros, no acesso aos serviços e nos resultados. Distingue ainda as disparidades que representam desigualdades sociais, de maneira que a igualdade de direitos não é suficiente, embora seja necessária, para reduzir as desigualdades no processo de doença e morte dos diferentes grupos sociais.

Ainda conforme Paim (2006) essa diferenciação tem sido reconhecida como necessária na formulação de políticas públicas ao abordar a concepção de demandas variadas entre os diversos segmentos sociais, que resultam tanto da diversidade de gênero, faixa etária e questões étnicas, quanto por situações de injustiça na sociedade, como renda e disponibilidade de acesso a bens e serviços. Além disso, também é influenciada por características culturais e subjetivas que pertencem a grupos e indivíduos.

O acesso e a equidade nos serviços de saúde são desafios para a promoção da

universalidade, para garantir o direito como um bem público é preciso possibilitar igualdade de oportunidade a todos os indivíduos em relação ao uso dos serviços (Oliveira *et al*, 2023).

Segundo Teixeira e Santos (2023), as desigualdades socioeconômicas e regionais ainda influenciam no acesso aos serviços de saúde, isso porque a camada da população menos favorecida e os grupos vulneráveis, em muitos momentos, tem mais dificuldades para adentrar a rede assistencial do que os mais ricos, que tem a garantia de atendimento em estabelecimentos privados com agilidade e qualidade. Ainda segundo as autoras (p.51):

A questão das desigualdades sociais permaneceu como um referente empírico fundamental para a elaboração e implementação de políticas públicas, tanto políticas mais amplas de “combate à pobreza”, que impactaram as condições de vida e saúde da população, quanto políticas elaboradas e implementadas no âmbito do SUS, ou seja, políticas e estratégias voltadas para garantir a universalidade do acesso a ações e serviços de saúde, e políticas específicas voltadas à promoção da equidade em saúde, na medida em que tomam como população-alvo, grupos portadores de necessidades especiais e/ou grupos vulnerabilizados em função de suas condições de vida, trabalho, educação, habitação etc.

Por isso, é imprescindível entender o significado do acesso aos serviços para garantir a promoção da universalidade, equidade e da justiça social. No entanto, examinando esse conceito, identifica-se uma série de desafios e nuances, que atravessam a garantia da assistência prestada e comprometem sua eficácia.

Jesus e Assis (2010), para discutir acesso recorrem ao Dicionário Houaiss da língua portuguesa que define como “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Relacionando esse conceito com os serviços de saúde, pode-se entender como “porta de entrada”, ou local de acolhimento para atender as necessidades e demandas do indivíduo, e ainda, o percurso que o usuário faz na rede assistencial para resolução de seus problemas e agravos.

Segundo Travassos e Martins (2004), acesso é um conceito complexo, que em geral é utilizado de forma imprecisa e que pode modificar ao longo do tempo e a depender do contexto inserido. Mas predominantemente, relaciona-se às características da oferta de serviço, isto é, o uso destes é a sua própria expressão.

Já Starfield (2002), entende que os termos acesso e acessibilidade são diferentes, sendo a acessibilidade o elemento estrutural primordial para a primeira atenção, necessitando que o estabelecimento de saúde seja acessível garantindo facilidade e disponibilidade. Caso isso não seja possível, pode comprometer o diagnóstico e a conduta clínica para a resolução do problema.

Dessa forma, a acessibilidade é uma parte importante para garantir um acesso

verdadeiro, universal e equitativo a bens e serviços de saúde. Devendo o mesmo ser abordado de forma abrangente e multidimensional ao planejar e fornecer assistência à população.

De acordo com Souza *et al* (2008), o acesso à saúde retrata a possibilidade dos indivíduos usufruir dos cuidados de que necessitam, devendo ser resolutivo e ultrapassando barreiras diversas, como por exemplo as geográficas e econômicas. Percebe-se que essa definição não está limitada apenas a aproximação física de um serviço, mas a sua capacidade de garantir uma assistência integral e equitativa que ofereça respostas positivas aos anseios e necessidades da pessoa.

Thiede e McIntyre (2008), discutem acesso como liberdade para uso, embasado na consciência da expectativa do uso pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. Ainda correlacionam fatores como existência de um serviço específico para atender as demandas das pessoas, assim como cordialidade com o usuário; criação de sistemas de agendamento com horários convenientes; facilidade da pessoa em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência e o modelo de financiamento da rede de atenção; e as causas subjetivas, sociais e culturais.

Assis, Villa e Nascimento (2003), consideram que na prática o acesso ainda é seletivo, excludente e focalizado, gerando dessa forma uma divergência entre a legislação e a legitimidade social. Existe a seletividade porque alguns grupos têm mais facilidade em acessar os serviços em relação a outros, o que pode estar relacionado a fatores econômicos, sociais, influência política, dentre outros. A exclusão pode ser devido às barreiras financeiras, geográficas, culturais ou mesmo a discriminação, o que pode aprofundar desigualdades e negar oportunidades iguais, gerando iniquidades. Já a focalização implica na disponibilidade de recursos e na melhor qualidade da assistência em algumas regiões em detrimento de outras, oferecendo uma atenção diferenciada a depender da localidade.

De acordo com Assis e Jesus (2012), é importante formular e executar políticas de saúde que garantam a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização da assistência, acolhimento, necessidades e aceitação da população, almejando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema.

Os autores, entendem que é preciso relacionar acesso com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo, educação, abrangendo a acessibilidade aos serviços de saúde, que vai além da dimensão geográfica, ultrapassando a capacidade econômica, referente aos custos do usuário; o aspecto cultural, que envolve normas e técnicas apropriadas aos costumes da população; e o aspecto funcional, que diz respeito a oferta de assistência pertinente aos indivíduos.

2.2.1 As dimensões do acesso

Entre os fatores que afetam a acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) delineiam quatro dimensões explicativas sobre o acesso. Elas englobam as dimensões: econômica, que se refere a relação entre oferta e demanda; técnica, que envolve o planejamento e a organização da rede de serviços; política, relacionada a progressão do conhecimento sanitário e da organização popular; e simbólica, correspondente às representações sociais na estruturação da assistência ao sistema de saúde.

Segundo as autoras, para além das dimensões explicativas, existem as específicas que englobam: a disponibilidade, entendida como a interligação entre a quantidade e a natureza dos serviços disponíveis, o número de usuários e a natureza de suas necessidades; a acessibilidade, referente a distância entre os locais de atendimento e os custos associados ao deslocamento; a adequação funcional, relativa à organização da rede de assistência de acordo com as demandas da clientela; a capacidade financeira, relacionada às despesas e a sua oferta; e a aceitabilidade, caracterizada pela interação do comportamento entre usuários, profissionais de saúde e práticas nos estabelecimentos.

Dada a variedade de interpretações teóricas referentes às abordagens de acesso a serviços de saúde, Assis e Jesus (2012) desenvolveram um modelo conceitual para analisar a assistência prestada, que é composto por cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, que funcionam como pilar para a formulação de políticas públicas, conforme ilustrado na Figura 1.

A dimensão política enfatiza o compromisso de formular políticas, que possibilitem o acesso universal aos serviços de saúde, através de pactuações entre as diferentes instâncias de poder, incluindo governo, sociedade civil, prestadores públicos e/ou privados e estabelecimentos. Para que isso seja alcançado é necessário um processo transparente de tomada de decisão compartilhada, visando superar lacunas existentes na oferta da assistência prestada à população em todos os níveis (Assis; Jesus 2012).

Na dimensão econômico-social, é importante analisar os investimentos na rede pública de acordo com a complexidade dos serviços (básico, médio e alta complexidade) e definir responsabilidades de financiamento em diferentes esferas de poder. Além disso, é necessário promover interações claras entre a oferta e a demanda da assistência em âmbito estadual e municipal. Ajudando dessa forma, a identificar barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, com o intuito de garantir equidade na organização da rede em seus diferentes níveis de

complexidade (Assis; Jesus 2012).

A dimensão relacionada à organização da rede de saúde ampara-se na competência dos serviços em responder positivamente aos problemas dos usuários. Para que isso aconteça torna-se necessário fortalecer a APS, que deve ser local privilegiado de acesso ao sistema, organizando os fluxos de atendimento de acordo com as demandas epidemiológicas, sanitárias e sociais. Além disso, a regulação deve assegurar a assistência adequada nos diversos níveis de complexidade, diminuindo barreiras geográficas e integrando as práticas de cuidado através da referência e contrarreferência no SUS (Assis; Jesus 2012).

Na dimensão técnica, foca em colocar o usuário do SUS no centro do processo terapêutico, responsabilizando os profissionais de saúde, os gestores, os prestadores públicos e/ou privados. Isso implica em adotar dispositivos de atenção integral, tais como: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e indivíduo, promovendo uma abordagem compartilhada (Assis; Jesus 2012).

Já a dimensão simbólica envolve a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores dos indivíduos que se encontram em diversos locais, em que os serviços são organizados para oferecer a assistência em âmbito local e regional (Assis; Jesus 2012).

As cinco dimensões mencionadas acima trazem uma percepção abrangente e multifacetada do acesso aos serviços de saúde. Juntas possibilitam recursos para formular estratégias efetivas, que visam melhorar a rede de assistência e promover uma atenção integral, universal e equitativa. É essencial harmonizá-las para a construção de um sistema que atenda às necessidades variadas e as diversas realidades dos usuários.

Por isso, é preciso entender que o direito à saúde e o acesso são pilares fundamentais de uma sociedade justa e equitativa. Compreendendo que a assistência transcende a disponibilidade de cuidados prestados, incorporando também as dimensões políticas, econômico-sociais, organizacionais, técnicas e simbólicas. Garantir uma rede de atenção efetiva e universal é reconhecer que a saúde é um direito humano básico e essencial e que a promoção da equidade exige ações coordenadas que superem todos os obstáculos encontrados.

Figura 1 - Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024



Fonte: Assis e Jesus (2012)

2.3 SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ENQUANTO DISPOSITIVO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Nos estudos sobre o acesso à saúde enquanto direito universal, percebe-se que a APS é fundamental para a sua garantia, visto que desempenha um papel importante na organização e oferta de cuidados no Brasil (Mendes, 2015, Giovanella, 2009). Tendo como foco a promoção

e prevenção, representando o nível de atenção que se aproxima da realidade territorial dos indivíduos, torna os serviços mais acessíveis, independente da condição econômica, social ou geográfica, coordenando a assistência de forma eficaz. Starfield (2002) corrobora essa constatação e complementa que a APS pode ser vista a partir de dois aspectos, como uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde e como o primeiro nível de atenção e modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Ainda segundo a autora, a APS se orienta a partir de dois eixos estruturantes os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

No artigo 2º a PNAB define AB, que é um termo que tem equivalência com a APS, como “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (Brasil, 2017).

Embora a PNAB destaque que a saúde da família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, a estrutura regulamentar desse dispositivo suscita dúvidas quanto à sua efetiva implementação, isto porque a possibilidade de equipes com apenas um agente comunitário de saúde (ACS) compromete a capacidade de ampliar acesso e melhorar a qualidade da assistência. Essa lacuna entre a intenção declarada e a prática operacional evidencia a necessidade urgente de revisão para garantir que as políticas de saúde estejam alinhadas com os princípios de acesso universal e integralidade, promovendo efetivamente a consolidação da AB.

A ESF sugere que a assistência à saúde se centralize na família, que é compreendida com base em seu ambiente físico e social, levando os profissionais a terem acesso às condições de vida da população, conhecendo as suas vulnerabilidades, o que possibilita a percepção abrangente do processo de saúde-doença e da necessidade de interferências que excedem as práticas curativistas. Com o intuito de cumprir tal proposta, a equipe multiprofissional deve estar preparada para utilizar uma variedade diversificada e complexa de recursos tecnológicos (Oliveira; Pereira, 2013).

A ESF é um espaço privilegiado de contato entre os indivíduos e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e oferece cuidados integrais e coordenados ao longo do tempo, realizando acolhimento, diagnóstico precoce, prevenção de doenças e promoção à saúde. Dessa forma, exerce um papel crucial para as mulheres, uma vez que engloba não apenas as suas necessidades gerais, mas também questões específicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, tais como seu acompanhamento, o aconselhamento no planejamento reprodutivo, o rastreamento do

câncer de colo de útero, o pré-natal e o puerpério.

Nesse sentido, Telo e Witt (2018) enfatizam que a APS desempenha uma atribuição de destaque, isto porque é uma área de atuação e garantia do acesso universal e equitativo à saúde sexual e reprodutiva, assegurando que os indivíduos sejam capazes de tomar decisões coerentes acerca da sua sexualidade e reprodução, livre de discriminação e coerção.

Assunção *et al* (2020), consideram que a saúde é garantida a população, inclusive as mulheres de forma integral. Além disso, a sexualidade não deve ser desligada do ser em sua totalidade e tomando como base a definição da OMS, refere-se a todas as dimensões humanas e não apenas à genitália e o seu funcionamento, abrangendo fatores biológico, psicológico, emocional, social, cultural e espiritual. É necessário apoiar a saúde sexual à integralidade humana, levando em consideração os fenômenos de prazer, emoção, afetividade e comunicação, obtendo tratamento ampliado e interdisciplinar.

Já a saúde reprodutiva envolve uma vida sexual segura e que satisfaça o indivíduo, onde ele tenha capacidade de se reproduzir e liberdade para decidir sobre quando e quantas vezes deseja ter filhos. É importante entender que homens e mulheres têm o direito a informações coerentes e adequadas sobre métodos contraceptivos, que abranjam o planejamento reprodutivo e a regulação da fecundidade. É preciso considerar que a contracepção atende às necessidades dos usuários e sejam compatíveis com suas condições socioeconômicas. Além do mais, devem ser proporcionadas circunstâncias apropriadas, com o intuito das mulheres passarem pela gestação e parto, possibilitando aos casais melhores perspectivas de ter um filho sadio (Ribeiro, 2009).

Ainda relacionado à saúde reprodutiva, Brasil (2013) a compreende como um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar, agindo na prevenção e na solução de problemas reprodutivos. O que inclui a saúde sexual, que tem a finalidade de intensificar as relações e não apenas aconselhar e atender as necessidades relativas à reprodução e às infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Para fins deste estudo, iremos considerar a saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo. Isso porque uma das finalidades da pesquisa é compreender os motivos que levam as mulheres a terem gravidezes não planejadas e abortos, mesmo com a oferta de métodos contraceptivos nas Unidades de Saúde. É essencial entender o nó crítico dessa situação, a fim de garantir uma assistência mais qualificada e que atenda às necessidades das usuárias.

Diante do exposto, é fundamental debater sobre o acesso das mulheres à contracepção, investigar suas intenções reprodutivas, com o intuito de ofertar o aconselhamento e os métodos

de acordo com suas necessidades e preferências. Para isso, torna-se imprescindível que a ESF disponibilize contraceptivos diversos e em quantidade compatível com a realidade da área adscrita da Unidade de Saúde, porque a escassez de insumos é um entrave na escolha das usuárias e determina o uso de contracepção que não atende às características individuais, o que favorece erros e interrupção de tratamento (Bezerra *et al*, 2018).

Segundo Ferreira *et al* (2019), o planejamento familiar é definido por um conjunto de medidas e informações que influenciam a fecundidade, o que restringe ou aumenta a quantidade da prole através da garantia de direitos igualitários tanto à mulher quanto ao homem, através de métodos contraceptivos.

O termo planejamento familiar foi modificado para planejamento reprodutivo no Caderno de Atenção Básica 26/2010 do MS, que trata da saúde sexual e reprodutiva, porque pode ser realizado por homens e mulheres, casais heterossexuais ou homoafetivos, tendo ou não o propósito de formar uma família, sendo assim é uma concepção mais abrangente (Brasil, 2010).

De acordo com Moraes *et al* (2014), as ações do planejamento reprodutivo ainda hoje se fundamentam em decisão unilateral, frequentemente embasadas em uma hierarquia de gênero arraigada na coletividade. Nesse contexto, as mulheres, muitas vezes, carregam a responsabilidade simbólica e corporal de contracepção, enquanto aos homens é concedido apenas o poder de decisão sobre o número de filhos, com pouca preocupação em relação à escolha de métodos contraceptivos que possam ser mais adequados ao casal. Essa dinâmica reflete a persistência de estruturas patriarcais na sociedade, que continuam a influenciar a forma como o planejamento reprodutivo é abordado.

Dessa forma, é importante reconhecer o papel do planejamento reprodutivo nas unidades de saúde, percebendo a relevância das orientações sobre o uso correto dos métodos contraceptivos, assim como das tecnologias da educação vistas como um dispositivo que por meio de informações métodos e técnicas disponíveis procuram favorecer a atividade educativa sexual (Rodrigues; Teixeira; Nogueira, 2019).

É indispensável adquirir conhecimentos sobre os métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS, a fim de possibilitar uma orientação precisa e abrangente por parte da equipe multiprofissional às mulheres. Santos *et al* (2019) destacam que o SUS oferta gratuitamente camisinha feminina e masculina, pílula oral, minipílula, a injetável mensal e trimestral, o DIU, a pílula anticoncepcional de emergência e o diafragma. Além de formas que necessitam de intervenções cirúrgicas, como a laqueadura de tubas uterinas e a vasectomia.

É pré-requisito essencial para os profissionais de saúde, conhecer as necessidades

individuais de cada usuária, como idade, escolaridade, condições socioeconômicas e fisiológicas, contexto social que estar inserida, porque para que o método seja eficaz e evite gravidezes não planejadas, abortos provocados e mortalidade materna e infantil, é imprescindível verificar esses aspectos para que possa atender melhor a mulher, garantindo e respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos (Almeida; Assis, 2017).

Conforme Camiá, Marin e Barbieri (2001), a qualidade da orientação é importante para alcançar resultados satisfatórios para o planejamento reprodutivo. Sendo que a eficiência do processo educativo nem sempre garante que os usuários tomem decisões adequadas sobre as suas dinâmicas familiares, pois apesar da quantidade de métodos contraceptivos disponíveis, ainda há limitações significativas na sua divulgação e disponibilidade. Tal situação restringe a autonomia do indivíduo em relação à saúde reprodutiva e se torna uma barreira de acesso.

Pierre e Clapis (2010), apontam para outras dificuldades para a implementação efetiva do planejamento reprodutivo, tais como: ausência de comprometimento profissional e influência do poder médico, infraestrutura inadequada, falta de atualizações para os profissionais de saúde, dificuldade de compreensão e adesão às orientações fornecidas às mulheres. Tais obstáculos devem ser reconhecidos para que haja mudança efetiva nas ações da equipe e assim possa desenhar o cenário dessa assistência contribuindo para a programação das atividades de contracepção, de maneira que possa revisar prioridades, ajudando na tomada de decisões e para alcançar melhores resultados, impactando positivamente na saúde sexual e reprodutiva da população.

Diante do exposto, uma equipe bem treinada e comprometida com a sua população, pode superar limitações de disponibilidades de métodos contraceptivos, garantindo que as opções atendam às necessidades dos indivíduos que assistem. Dessa forma, fortalecem a educação em saúde, o que facilita a adesão e a compreensão das informações fornecidas e a autonomia reprodutiva, assegurando que as decisões das mulheres sejam tomadas de forma mais consciente.

Portanto, a coordenação do cuidado, que é um dos atributos da APS, desempenha um fator determinante na prestação de uma assistência de qualidade e na manutenção de sua continuidade, ao articular os diferentes níveis do sistema para assegurar a integralidade. Além do mais, é responsável por reconhecer as necessidades de saúde do indivíduo e assisti-lo, mesmo quando este tiver nos outros pontos da rede (Starfield, 2002).

Dentre os desafios para a integração dos serviços e a coordenação do cuidado sobressaem-se a necessidade de diminuir a fragmentação da atenção, assegurar a equidade no acesso em todos os níveis, melhorar a eficiência e a qualidade da assistência prestada, evitar a

sobreposição indevida, dispendiosa e causada por erros nas intervenções, conduzir os serviços e ter profissionais suficiente em todos os pontos da rede (Saltman; Rico; Boerma, 2006).

Nas unidades de saúde, a saúde reprodutiva é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, porém os enfermeiros desempenham um papel imprescindível na coordenação do cuidado. Sua assistência contempla tanto a execução de procedimentos quanto a necessidade de acolher as usuárias, de estar sensível aos seus anseios e angústias, de apoiar e ajudar as mulheres a tomar a melhor decisão quanto às questões relacionadas à reprodução, garantindo que seus direitos sejam assegurados e que elas tenham autonomia.

3 METODOLOGIA

A trajetória metodológica deste estudo teve por objetivo descrever o caminho a ser percorrido para a sua construção e esta abordagem foi fundamental para assegurar a qualidade e a confiabilidade dos resultados que foram obtidos. Nas seções a seguir, será apresentado as principais etapas, instrumentos e técnicas que foram adotados para abordagem do objeto desta pesquisa e para atingir os seus objetivos, garantindo uma visão clara e abrangente do processo de investigação.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2010), é uma abordagem que representa melhor a investigação de grupos e segmentos determinados, de histórias sociais sob o ponto de vista de atores, de relações e para exploração de discursos e de documentos.

O método qualitativo é aplicado na análise da história, das interações, das representações, das convicções, das percepções e das visões, resultantes das compreensões elaboradas pelas pessoas acerca de suas vidas, da construção de seus artefatos e de sua própria identidade, bem como dos sentimentos e pensamentos que experimentam (Minayo, 2010).

Esse método revela processos sociais que ainda são pouco investigados dentro de grupos específicos, mas também possibilita a criação de novas abordagens, a revisão de conceitos novos e categorias durante o processo de investigação. Caracteriza-se pela experiência e pela construção progressiva do conhecimento até alcançar uma compreensão da lógica do grupo ou do processo em análise. Por esse motivo, também é empregado na formulação de novas hipóteses, na construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo, 2010).

A pesquisa qualitativa adequa-se a esse estudo, porque permite explorar aspectos complexos e subjetivos, viabilizando a compreensão de crenças, valores e práticas relacionadas à saúde reprodutiva, possibilitando que os participantes estudados possam expressar suas experiências, medos, esperanças e desafios, o que pode contribuir na investigação de questões referentes à acessibilidade aos serviços de saúde, ao trabalho dos profissionais e a própria temática do direito reprodutivo, proporcionando um melhor entendimento sobre o tema.

Além disso, tem natureza exploratória, pois seu objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Conforme ressalta Gil (2002), tais pesquisas têm a pretensão de aprimorar ideias ou descobrir

novos achados. Nesse tipo de pesquisa, considera que “seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado” (Gil, 2002, p.41).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi conduzido no município de Camaçari-BA, que está situado a 50 quilômetros da capital, localizado na região metropolitana de Salvador e caracteriza-se como a 4ª cidade mais populosa do estado. Possui uma área de 785,658 quilômetros quadrados e uma população de aproximadamente 299.579 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2023). A escolha deste município justifica-se por a pesquisadora ser servidora pública desde 2014, atuando em uma USF da Costa litorânea e buscar melhorar o acesso das usuárias aos serviços de saúde reprodutiva.

O município encontra-se dividido em dois Distritos Sanitários: Distrito Sede, que é localizado no centro da cidade e Distrito Costa, que fica situado na região litorânea. Com a finalidade de organizar a rede de atenção à saúde e as práticas sanitárias, os Distritos são subdivididos em 09 regiões, sendo 06 na Sede e 03 na Costa.

No Distrito Sede, a rede de atenção à saúde primária é composta por 22 USF, 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 Academia da Saúde, possuindo 41 Equipes de Saúde da Família (ESF), 10 Equipes de Atenção Primária (EAP). No Distrito Orla, a APS tem 15 USF, 01 UBS e 01 Academia da Saúde, resultando em 24 ESF, 03 EAP (Camaçari, 2019).

A Atenção Especializada é composta por 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), 01 CAPS tipo II, 01 CAPS III, 01 Centro de Atenção à Saúde da Criança (CASC), 01 Centro do Zoonoses, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Oncologia (CEONC), 01 Centro Especializado de Reabilitação Física e Intelectual (CER II), 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Coordenação Regional de DST e AIDS (CRES), 02 Unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h. A Secretaria de Saúde (SESAU) dispõe ainda, de forma complementar, de serviços especializados por meio de contratos administrativos com instituições de saúde privadas, filantrópicas e organizações sociais, a exemplo da Policlínica Regional de Simões Filho, que é parte integrante do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região do Metro Recôncavo Norte - MRN (CNES, 2023).

A Atenção Terciária é composta pelo Hospital Geral de Camaçari, de gestão estadual.

E com enfoque na saúde da mulher, os dispositivos presentes na RAS municipal são 01 Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CASM) e a Maternidade Regional de Camaçari, gerida pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com o Governo do Estado (CNES,2023).

Para fins deste estudo, foram entrevistadas as participantes da pesquisa nas USF e UBS de uma região do Distrito Costa, porque considerando a grande extensão territorial do município e as dificuldades de deslocamento, seria mais acessível para a pesquisadora coletar os dados no território em que atua e tem maior disponibilidade para realizar a coleta de dados com vistas a analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA. Apenas os gestores municipais relacionados à saúde da mulher não foram obrigatoriamente dessa região, isso porque é necessária uma visão da atenção à saúde que contemple toda a rede estrutural de Camaçari.

O Quadro 1 dispõe os distritos sanitários do município e como é composta a Rede de Atenção Primária à Saúde com dados da Estratégia de Informatização da Atenção Básica (e-SUS AB e do Relatório Anual de Gestão 2023) e o Quadro 2 apresenta as regiões de saúde do Distrito Costa, local escolhido pela pesquisadora para a realização das entrevistas do estudo.

Quadro 1 - Unidades de Atenção Primária à Saúde de Camaçari, BA, Brasil, 2024

UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE						
DISTRITOS	REGIÕES	USF	UBS	CONSULTÓRIO NA RUA	EQUIPE MULTI	ACADEMIA DA SAÚDE
SEDE	6	22	04	01	01	01
COSTA	3	15	01		01	01

Fonte: elaboração própria

Quadro 2 - Unidades de Atenção Primária à Saúde do Distrito Costa, Camaçari, BA, Brasil, 2024

UNIDADES DO DISTRITO COSTA		
	UNIDADE	EQUIPE
REGIÃO 1	USF CATU DE ABRANTES	ESF
	USF CAJAZEIRA DE ABRANTES	ESF
	USF FONTE DA CAIXA	ESF 1
		ESF 2
	USF MACHADINHO	ESF
	USF VILA DE ABRANTES	ESF 1
ESF 2		
ESF 3		
REGIÃO 2	UBS AREMBEPE	EAP
		ESF
	USF AREIAS	ESF
	USF BURIS DE ABRANTES	EAP
		ESF
	USF FONTE DAS ÁGUAS	ESF 1
ESF 2		
USF PÉ DE AREIAS	EAP	
	ESF	
REGIÃO 3	USF BARRA DO JACUIPE	ESF 1
		ESF 2
	USF BARRA DO POJUCA	ESF 1
		ESF 2
	USF CAMINHO DO MAR	ESF 1
		ESF 2
USF CACHOEIRINHA	ESF	
USF COQUEIRO DE MONTE GORDO	ESF	
USF MONTE GORDO	ESF 1	
	ESF 2	

Fonte: elaboração própria

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo adota a perspectiva dos sujeitos envolvidos que vivenciaram as situações relacionadas ao objeto de estudo. Neste sentido, participaram três grupos selecionados a partir dos critérios de inclusão a saber: as usuárias deveriam ser moradoras do município de Camaçari, maiores de 18 anos, cadastradas em uma Unidade de Saúde, seja USF ou UBS e serem acompanhadas pelo serviço de planejamento reprodutivo durante a coleta de dados; os profissionais de saúde deveriam ser efetivos e/ou contratados atuantes em Unidades de Saúde; os gestores municipais ocuparem cargos de direção/coordenação de setores da secretaria municipal de saúde direcionados a atenção à saúde da mulher (farmácia e área técnica) e de estabelecimentos de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva no município (CASM e Maternidade Regional de Camaçari).

Foram excluídos: as mulheres que só acessaram o serviço reprodutivo uma vez no ano de forma pontual; os profissionais de saúde e gestores que estavam afastados do serviço durante a fase de coleta de dados por qualquer motivo.

Assim, participaram deste estudo: nove usuárias, nove profissionais de saúde efetivos ou contratados e cinco gestores municipais. A escolha desses grupos de participantes foi baseada na relevância de seu papel como atores-chave para a análise do acesso aos serviços de saúde reprodutiva no município de Camaçari.

A caracterização do perfil das usuárias está descrita a seguir nas Tabelas 1, 2 e 3. Inicialmente podemos observar que as idades estão distribuídas entre dezoito (18) e quarenta e nove (49) anos, a maioria com idade abaixo de vinte e seis (26) anos (44,44%).

Tabela 1 - Caracterização das usuárias de acordo com faixa etária, Camaçari, BA, Brasil, 2024

	Variáveis	Porcentagem
Faixa etária	18 – 25	44,44%
	26 – 33	22,22%
	34 – 41	0
	42 - 49	33,33%

Fonte: A autoria própria

Em relação aos aspectos econômicos, a maioria das usuárias conta com benefícios do governo, como o Bolsa Família (44,44%), como principal fonte de renda. Quanto ao número de filhos, a maioria possui 1 ou 2 filhos somando (66,66%). O número de filhos impacta tanto o

aspecto econômico quanto o social, pois famílias maiores costumam ter demandas financeiras mais elevadas, o que pode influenciar o interesse no uso de métodos contraceptivos para evitar novas gestações.

Tabela 2 - Caracterização das usuárias de acordo com aspectos econômicos, Camaçari, BA, Brasil, 2024

	Variáveis	Percentual
Renda	Sem renda	22,22%
	Benefícios do governo	44,44%
	Menor que um salário-mínimo	22,22%
	Um salário-mínimo	11,11%
Nº de filhos	0	11,11%
	1	33,33%
	2	33,33%
	3	22,22%

Observação: O Bolsa Família garante o valor mínimo de R\$600 por família, o acréscimo de R\$150 por criança de até seis anos e o adicional de R\$50 por criança ou adolescente (de sete a 18 anos) e por gestante, além de uma renda mínima per capita (Brasil, 2023).

Fonte: Autoria própria (2024).

Referentes aos aspectos sociais, a maioria das usuárias estava em união estável (55,55%). Em relação à raça/cor, 55,55% se autodeclararam pretas, e quanto à religião, 44,44% afirmaram não seguir nenhuma crença. Em termos de escolaridade, a maioria relatou ter ensino médio incompleto (44,44%).

Nenhuma das participantes possui plano de saúde e por isso, todas dependem exclusivamente do SUS.

Em relação ao perfil dos profissionais de saúde que participaram do estudo, a maioria é do sexo feminino (88,88%), com idades distribuídas entre vinte e seis (26) e cinquenta e cinco (55), sendo a maior porcentagem na faixa etária entre trinta e nove (39) e quarenta e cinco (45) anos (44,44 %). No que diz respeito à categoria profissional, 66,67% são enfermeiras. Já referente ao tipo de vínculo, a maioria relatou ser estatutária (55,55%).

Quanto ao perfil dos gestores, todas são do sexo feminino (100%), com idade variando entre trinta e sete (37) e quarenta e nove (49) anos. No que diz respeito ao tempo de trabalho no serviço, variou entre um (1) e quinze (15) anos, com 40 % delas atuando há um (1) ano. Já referente ao tipo de vínculo, a maioria relatou ser estatutária (80%).

Tabela 3 - Caracterização das usuárias de acordo com aspectos sociais, Camaçari, BA, Brasil, 2024

	Variáveis	Porcentagem
Estado civil	Solteira	44,44%
	Casada	0
	União estável	55,55%
Raça/cor	Branca	0
	Amarela	0
	Parda	44,44%
	Preta	55,55%
Religião	Evangélica	11,11%
	Católica	22,22%
	Matriz africana	22,22%
	Sem religião	44,44%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	0
	Ensino fundamental completo	22,22%
	Ensino médio incompleto	44,44%
	Ensino médio completo	22,22%
	Ensino superior incompleto	11,11%
	Ensino superior completo	0

Fonte: elaboração própria

3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As técnicas de coleta escolhidas para serem utilizadas no estudo foram entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação sistemática que só foram iniciadas após a autorização do gestor municipal e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.4.1 Entrevistas

Para Minayo (2014), a entrevista possibilita uma percepção ampla da comunicação verbal e permite a coleta de informações sobre um tema específico, é o método mais utilizado no processo de trabalho de campo. É um diálogo entre dois ou mais entrevistados, realizado por iniciativa do pesquisador, tendo como objetivo produzir informações importantes sobre o objeto de estudo.

As entrevistas são informações que permitem que o próprio sujeito tenha a percepção sobre o contexto em que está inserido, que os cientistas sociais denominam de subjetivos e apenas podem ser adquiridos mediante contribuição da pessoa. Representam a realidade: ideias,

crenças, forma de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir e atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de atitudes e comportamentos específicos (Minayo, 2014).

Dentro das várias possibilidades de entrevista, optamos pela semiestruturada, que segundo Minayo (2014), contém perguntas abertas e fechadas que tem o intuito possibilitar ao entrevistado dissertar sobre a temática em estudo sem se prender a uma questão formulada. Obedece a um roteiro, que é o instrumento para coleta de dados utilizado pelo pesquisador para facilitar a abordagem e garantir que as hipóteses ou pressupostos sejam contemplados durante a conversa.

Como instrumentos de coleta de dados para as entrevistas foram utilizados três roteiros: um para as usuárias (Apêndice B); outro para os profissionais de saúde (Apêndice C); e um para os gestores municipais (Apêndice D). As questões foram baseadas nas cinco dimensões do acesso definidas por Assis e Jesus (2012): organizacional, econômico-social, técnica, simbólica e política.

Para o grupo de usuárias entrevistadas, a primeira parte do roteiro foi destinada a caracterização sociodemográfica, contendo dados relevantes para entender como esses fatores podem afetar o acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo.

Algumas considerações práticas são necessárias no que dizem respeito a entrada do pesquisador em campo, tais como apresentação, menção do interesse da pesquisa, apresentação de credencial institucional, objetivos da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia de anonimato e de sigilo das informações fornecidas e conversa inicial (Minayo, 2014).

As entrevistas foram realizadas no período de maio e junho de 2024, em um local onde os participantes tiveram privacidade para compreender os questionamentos da pesquisa e responder de forma tranquila e sigilosa, as entrevistas tiveram uma duração média de 22 minutos, a mais curta durou 7 minutos e a mais longa 38 minutos, foram gravadas para posterior transcrição de seu conteúdo. Apenas duas participantes não permitiram a gravação das entrevistas e as respostas foram anotadas pela pesquisadora.

As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e disponibilizadas para que os entrevistados pudessem ouvir o conteúdo das respostas imediatamente após a coleta e realizar modificações, caso desejassem. Não foram realizadas alterações a pedido dos entrevistados.

Os participantes foram identificados na pesquisa por letras do alfabeto de acordo com cada categoria, sendo U utilizado para mencionar as usuárias, P para profissionais de saúde e G para gestores, seguido por um número que representa a sequência de entrevistas, assim representado U1, P1, G1, sucessivamente.

Com relação à quantidade de participantes, numa pesquisa qualitativa não há na literatura indicações precisas quanto ao número mínimo de pessoas. Alguns autores defendem que mais importante que quantidade é a proximidade das características dessas pessoas até chegar à saturação de dados, considerando uma amostragem qualitativa ideal a que representa todas as dimensões do objeto de estudo (Wachelke; Wolter, 2011, Minayo, 2010).

Minayo (2010) relata que em uma pesquisa qualitativa, o investigador não deve preocupar-se tanto com as generalizações e com isso, necessita aprofundar, abranger e diversificar o processo de compreensão de um grupo social, uma organização, uma instituição, uma política ou uma representação. Sendo assim, o seu critério não é numérico, apesar da necessidade de justificar a delimitação dos entrevistados, a dimensão e a delimitação do espaço. Considera-se uma amostragem qualitativa ideal a que representa todas as dimensões do objeto de estudo.

Para este estudo, a coleta de dados foi encerrada com o quantitativo de 23 participantes sendo suficientes para responder à questão deste estudo e abordar as cinco dimensões do acesso no município de Camaçari.

3.4.2 Análise documental

A análise documental possibilitou uma avaliação detalhada de materiais oficiais, incluindo portarias e documentos orientadores, com o intuito de complementar os dados obtidos nas entrevistas e na observação sistemática. Essa abordagem permitiu analisar o acesso à saúde reprodutiva por oferecer diretrizes claras aos profissionais de saúde sobre os fluxos existentes na RAS.

Com o propósito de viabilizar a análise documental, foi elaborado um roteiro (Apêndice E), com informações para a análise construída com base nas cinco dimensões do acesso. De acordo com Minayo (2014), esse instrumento é importante na preparação da investigação pois auxilia na decisão dos documentos a serem incluídos e na identificação da natureza das informações relevantes; se dados oficiais; registros dos processos em análise; relatórios de avaliação e de autoavaliação sobre etapas e desenvolvimento do trabalho; histórias do cotidiano; orçamentos; materiais de divulgação e propaganda; comunicação entre diferentes atores.

Os materiais selecionados para a análise de dados incluem três documentos: a Portaria nº 034/2016, a Portaria nº 024/2021 e o documento orientador sobre esterilização cirúrgica voluntária: laqueadura tubária e vasectomia. Os documentos foram avaliados de junho a novembro de 2024 e são listados a seguir, enumerados em ordem crescente de publicação, sendo

identificados no texto analisado como documento 1, documento 2 e documento 3.

Documento 1 - Portaria 034/2016 de 01 de dezembro de 2016 que trata dos encaminhamentos, solicitações de exames e prescrições de rotina da (o) Enfermeira (o) na Atenção Básica (Camaçari, 2016).

Documento 2 - Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021 que estabelece como estratégia de organização de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidade de saúde da atenção básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado” (Camaçari, 2021).

Documento 3 - Documento orientador sobre esterilização cirúrgica voluntária: laqueadura tubária e vasectomia criado em 04/07/23 (Camaçari, 2023).

Os documentos 1 e 2 estão disponibilizados no site da Prefeitura Municipal de Camaçari, na seção do Diário Oficial. Na época de sua publicação, foram divulgados por e-mail para as unidades de saúde, estratégia também adotada para o documento 3. Esses materiais oficiais foram elaborados para orientar os profissionais de saúde sobre os procedimentos técnicos e operacionais, além de facilitar a organização dos fluxos de atendimento. A pesquisadora, que integra uma equipe de Atenção Primária em Saúde do município, já possuía cópia desses documentos.

3.4.3 Observação sistemática

A observação sistemática permitiu extrair informações privilegiadas no local do estudo e possibilitou que a entrevistadora analisasse a dinâmica dos trabalhadores de saúde e o vínculo entre eles e a comunidade, fator que é importante na estratégia de saúde da família. Para Marconi e Lakatos (2003), a observação sistemática entende que o pesquisador sabe o que procura e deve ser realizada de forma objetiva, reconhecendo possíveis erros e eliminando sua influência sobre o que se observa ou recolhe.

Para a observação sistemática foi confeccionado um roteiro (APÊNDICE F), que foi importante para garantir a qualidade e a confiabilidade dos dados, oferecendo uma estrutura clara para a coleta de informações, direcionando a pesquisadora para os aspectos mais relevantes do estudo.

Esse instrumento visou evitar dispersões e minimizar a subjetividade da investigadora, o que tornou a pesquisa mais precisa. Além disso, a sistematização desses dados por meio do roteiro permitiu a identificação de padrões, possibilitando uma análise aprofundada das questões relacionadas ao acesso à saúde reprodutiva, o que é fundamental para a formulação de políticas e estratégias eficazes que melhorem a assistência prestada e auxiliem as mulheres em

sua tomada de decisão.

Para Minayo (2014), há necessidade do registro da observação em um instrumento convencionalmente chamado de diário de campo. Nesse caderno, o pesquisador anotará todas as informações que não sejam provenientes do registro das entrevistas, as conversas informais, os comportamentos, os cerimoniais, dados das instituições, gestos e expressões que sejam referentes ao tema da pesquisa.

No estudo, a observação do processo de trabalho permitiu que a pesquisadora compreendesse o caminho percorrido pela usuária desde a sua entrada no serviço; a maneira como a recepção e vigilância trabalham; a forma como a equipe de saúde estrutura o acolhimento; os critérios estabelecidos para a organização das consultas e dos agendamentos; o número de consultas por turno; como é realizada a triagem da demanda espontânea e se existem desafios para acessar os serviços de saúde reprodutiva.

A observação sistemática ocorreu em três unidades de saúde do Distrito da Costa durante o mês de junho de 2024 em três momentos. Foram analisados aspectos como a organização e rotinas das unidades, o acolhimento prestado pelos trabalhadores — incluindo recepcionistas, vigilantes, reguladores, atendentes de farmácia e farmacêuticos — aos usuários que acessaram os serviços, além da oferta de medicamentos e relatos de falta durante a distribuição. Também se observou o agendamento de consultas e o manejo da demanda espontânea. Não foi possível acompanhar as consultas com enfermeiros e médicos para evitar a exposição de usuários e acesso a dados sigilosos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

No processo de análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, que para Minayo (2014), diz respeito a técnicas de pesquisa que possibilitam replicar e validar conclusões sobre os dados de um contexto específico, por meio de procedimentos especializados e científicos.

A modalidade de Análise de Conteúdo adotada foi a Temática, que consiste em encontrar os núcleos de sentido que integram uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham relevância para o objeto analisado. Para a compreensão dos significados, a presença de determinados temas denota estruturas de importância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso (Minayo, 2014).

Durante os meses da realização do estudo foram coletados dados das usuárias, dos profissionais de saúde e dos gestores, a fim de analisar o acesso à saúde reprodutiva no

município de Camaçari-BA.

A técnica de Análise de Conteúdo de Minayo possui três etapas, são elas: pré-análise, que compreende a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, a seleção dos documentos analisados foi fundamentada nas hipóteses e objetivos iniciais do estudo. Nesse estágio da pesquisa, foi realizada uma leitura flutuante, permitindo à pesquisadora um contato direto e profundo com o material de campo, resultando em uma imersão significativa em seu conteúdo. Assim, constituiu-se o corpus da pesquisa, que abrange o universo estudado em sua totalidade, devendo atender a normas de validade qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Além disso, nessa fase de pré-análise houve formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, um processo que envolveu revisitar a etapa exploratória, com base na leitura cuidadosa e exaustiva das questões iniciais. Foram definidas as unidades de registro e de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais amplos que orientaram a análise.

Na fase de exploração do material, constituiu uma operação classificatória que teve o objetivo de alcançar o núcleo de entendimento do texto. Nessa etapa, a pesquisadora buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas com o intuito de organizar os discursos. O material empírico foi organizado em planilhas no *excel* para extração dos núcleos de sentido, o que foi importante para auxiliar a análise e discussão dos dados coletados.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a pesquisadora formulou deduções e conduziu interpretações, relacionando-as com a teoria das cinco dimensões de acesso proposta por Assis e Jesus (2012), que foi levantada previamente. Com base nos núcleos de sentido, foram reagrupadas e elaboradas categorias (política, técnica, organizacional, econômico-social e simbólica), com o objetivo de revelar a totalidade das descobertas obtidas.

As entrevistas, a análise documental e a observação sistemática passaram por um processo de triangulação para a validação do multi-métodos utilizados na coleta de dados desta pesquisa. Esta é uma técnica que foi utilizada ao longo do estudo para aproximar os eixos a partir das dimensões do acesso nas três fases da coleta.

Conforme Yin (2016), a triangulação pode ser empregada ao longo de todo estudo, mas tem sido mais comumente utilizada na fase de coleta de dados. Nesta etapa da pesquisa, é recomendável diversificar as técnicas empregadas e assim, utilizamos a observação sistemática, a entrevista e a análise documental para assegurar a confiabilidade na descrição do evento estudado.

As fases mencionadas anteriormente foram operacionalizadas pela transcrição das

entrevistas, na íntegra, respeitando-se as pausas e demais reações; escuta atenta e leitura fluente e exaustiva do material das entrevistas para levantar as abordagens sobre o tema e as convergências que são elaboradas pelos participantes, organizando as categorias de análise que emergem dos registros e se articulam com os objetivos do estudo, com a análise documental e a observação seguida da discussão.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atendeu aos critérios presentes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/16 que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos e pesquisas em Ciências Sociais e Humanas e da Resolução 580/18 que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas estratégicas no âmbito do SUS (Brasil, 2012b, 2016b, 2018).

A pesquisa foi pautada nos princípios da bioética, a saber: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa e às Unidades participantes. Foi solicitada a anuência da Secretária Municipal de Saúde de Camaçari (APÊNDICE G) e este projeto foi aprovado pelo Sistema CEP/CONEP sob certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) nº 76369323.3.0000.0053.

Durante todos os procedimentos desenvolvidos no estudo, a pesquisadora assegurou a privacidade e o anonimato dos entrevistados e de suas declarações, garantindo a participação voluntária e o respeito à recusa em qualquer fase da pesquisa. Assim como o direito a recusa para responder qualquer questão que pudesse eventualmente causar desconforto ou constrangimento, além da possibilidade para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, com a garantia de remover o material que já tiver sido coletado anteriormente a desistência, comprometendo-se com a integridade moral, intelectual e respeito às diferenças culturais dos envolvidos na pesquisa.

Como benefícios esperados, esta pesquisa, poderá contribuir para a melhoria do acesso à saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo do município de Camaçari-Ba; auxiliar as mulheres a compreenderem sobre seus corpos e terem autonomia para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado para elas; promover reflexões sobre as práticas de cuidados dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência. Além de colaborar com o estímulo à produção de novos trabalhos sobre saúde reprodutiva.

Os participantes não mencionaram desconfortos ou estresses durante as entrevistas, as

interrupções só ocorrerem para garantir a privacidade dos participantes e o sigilo das informações devido à entrada de algum trabalhador no ambiente privativo.

As entrevistas com profissionais e gestores foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, conforme a disponibilidade dos participantes, priorizando horários de menor fluxo de atendimento. Para as usuárias, as entrevistas ocorreram durante o período em que buscaram as unidades de saúde para atendimento, evitando que precisassem se deslocar exclusivamente para participar do estudo.

Além disso, foi esclarecido ao participante a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma sob a guarda da pesquisadora e outra com os participantes. Foi esclarecido aos participantes que os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas, congressos, seminários e outros espaços acadêmicos, tendo o cuidado de manter o anonimato.

As entrevistas foram realizadas no local de preferência dos profissionais, as usuárias foram entrevistadas nas USF ou UBS no dia do atendimento e os gestores nos espaços em que atuam ou por meio de ferramentas de videoconferências, com o uso do aplicativo Google Meet[®] e Zoom[®].

Para as entrevistas que foram realizadas online, o TCLE foi enviado previamente por e-mail para que o entrevistado tivesse acesso e pudessem realizar a leitura antecipada, o documento também foi lido no dia da entrevista.

As entrevistas foram gravadas com aparelho gravador, mediante autorização dos participantes. Os arquivos de áudio serão guardados por cinco anos, pela pesquisadora responsável, após esse período, serão destruídos.

Os participantes da pesquisa foram convidados para apresentação final dos resultados. A pesquisadora se comprometeu em agendar uma visita nas Unidades de Saúde participantes da pesquisa com a finalidade de apresentar os resultados do estudo para as usuárias e profissionais de saúde com agendamento prévio para que possam participar. Em relação aos gestores, será agendada uma reunião com a gestão municipal para apresentação do fluxograma unificado e nessa reunião, serão apresentados os resultados da pesquisa.

3.7 NEGOCIAÇÕES DA PESQUISA

O Processo de Consentimento Livre e Esclarecido foi comunicado ao participante da pesquisa sobre o momento, condição e local mais adequados para que o TCLE fosse

apresentado e explicado, tendo cuidado em usar linguagem clara e acessível, considerando cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia do participante e dando tempo adequado para que ele possa refletir e consultar familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo a tomar a decisão em participar da pesquisa (Brasil, 2012b).

Ainda referente ao Processo de Consentimento e do Assentimento Livre e Esclarecido houve relação de confiança entre pesquisador e participante, estando aberto ao diálogo e ao questionamento; foi realizado de forma oral e escrita, sendo consideradas as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa; além disso, buscou-se o momento, e local adequado para esclarecimentos sobre a pesquisa, em que o participante possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa e as informações devem ser transmitidas de forma acessível e transparente ao convidado a participar do estudo (Brasil, 2016b).

E foi levado em consideração os direitos dos participantes que são: ter informação sobre a pesquisa; poder desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificar; ter sua privacidade garantida; ter confidencialidade das informações pessoais; poder decidir dentre as informações que forneceu, quais podem ser tratadas de forma pública; ter indenização em caso de dano da pesquisa; ser ressarcido de despesas que forem decorrentes da sua participação na pesquisa (Brasil, 2016b).

A aproximação com os participantes da pesquisa para apresentação dos objetivos, métodos, riscos e benefícios juntamente com o TCLE foi realizada de forma diferenciada de acordo com o convidado a participar do estudo. Em relação as usuárias e profissionais de saúde, a pesquisadora fez antes contato via telefone ou WhatsApp com a gerente da Unidade de Saúde, seja UBS ou USF com a finalidade de explicar sobre a pesquisa, deixando claro os objetivos da mesma e solicitando espaço reservado, em que pudesse fazer a entrevista para que os participantes tivessem privacidade para compreenderem os questionamentos do estudo e pudessem responder de forma tranquila e sigilosa.

Para garantia da segurança no armazenamento dos dados e do consentimento coletados, bem como do sigilo das pessoas e das declarações, a pesquisadora se compromete a não armazenar dados da pesquisa em nuvens ou plataformas virtuais, guardando-os em dispositivos locais.

3.7.1 Aproximação com as usuárias que acessam o planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde

Após garantir o local apropriado para entrevista, a pesquisadora visitou as unidades de

saúde e abordou as usuárias que estavam aguardando para serem atendidas, explicando, de forma clara e utilizando linguagem acessível, sobre a pesquisa e a sua importância, assim como riscos e benefícios e convidou as mulheres que acessaram o planejamento reprodutivo nessas unidades para participarem da pesquisa, esclarecendo que elas teriam autonomia e liberdade para se expressarem e que as suas identidades e informações seriam preservadas e as informações coletadas seriam utilizadas unicamente para fins científicos, deixando claro que poderiam desistir a qualquer momento, sem necessidade de apresentar justificativa.

Além disso, as usuárias foram informadas quanto aos procedimentos da pesquisa, apresentado o TCLE e só após esclarecimento de possíveis questionamentos, o termo foi assinado em duas vias pela participante e pela pesquisadora em todas as páginas, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora. As entrevistas ocorreram antes ou após as consultas agendadas na Unidade.

3.7.2 Aproximação com os profissionais de saúde que atuam no planejamento reprodutivo nas Unidades de Saúde

Já em relação aos profissionais de saúde que atendem planejamento reprodutivo, durante a visita às unidades, a pesquisadora apresentou o estudo e convidou os profissionais para participarem da pesquisa.

Para assegurar o anonimato dos profissionais de saúde e das declarações durante a caracterização, os dados foram tratados de forma coletiva para evitar a identificação deles. Não houve caracterização da região a qual a unidade pertence.

As entrevistas ocorreram após agendamento prévio de acordo com a disponibilidade dos profissionais e da pesquisadora, buscando evitar a perda de tempo de trabalho e prejuízos para o fluxo de funcionamento da unidade.

3.7.3 Aproximação com os gestores relacionados a saúde reprodutiva no município

A abordagem aos gestores se deu de forma virtual por meio de WhatsApp ou e-mail. A pesquisadora se comprometeu em respeitar o ofício circular n° 23/2022, que trata da normatização do uso de consentimento e assentimento eletrônico para participantes de pesquisa e da carta circular n° 01/2021/CONEP, que se refere às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Foi realizado o primeiro contato via WhatsApp e o convite foi realizado de forma

individual, não sendo utilizada lista de transmissão com o nome dos demais gestores quando for via WhatsApp ou se for por e-mail foi enviado para um destinatário por vez, com a finalidade de não identificar os demais convidados da pesquisa.

Informou-se ao gestor que a assinatura do TCLE poderia ser feita pelo aplicativo Gov.br, disponível em Android e iOS, ou que o documento poderia ser impresso, assinado, fotografado de forma legível ou escaneado e enviado por e-mail ou WhatsApp. O participante deveria assinar todas as páginas do termo, assim como a pesquisadora.

Após assinatura do TCLE, a entrevista foi agendada em dia e horário oportuno para o gestor, de acordo com a sua disponibilidade, por meio de ferramentas de videoconferências, com o uso de aplicativos como Google Meet® e Zoom® para evitar que precisasse se deslocar e tivesse custos com a pesquisa ou a pesquisadora se deslocou ao local de trabalho dos gestores. No dia da entrevista, a pesquisadora entrou em contato com o participante a fim de confirmar a sua participação na pesquisa e foi enviado link da reunião.

A pesquisadora concedeu o acesso prévio ao conteúdo da entrevista para que o participante pudesse tomar a decisão de participar ou não, da pesquisa. O gestor foi informado que a entrevista seria gravada com gravador, caso autorizasse e ele poderia ouvir suas respostas, complementar ou solicitar retirada de trechos de suas falas, caso quisesse e posteriormente, seria feita a transcrição.

Sendo assim, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do gestor, verificando com o participante o melhor horário para a realização da entrevista e garantindo a interrupção imediata, caso fosse necessário atender alguma demanda do trabalho, com a possibilidade de retomar posteriormente, caso houvesse desejo e disponibilidade. Além disso, foi informado ao participante, por meio de WhatsApp ou e-mail, que, em caso de instabilidade no sinal de internet ou problemas com a plataforma, o link seria reenviado, e, em conjunto com o participante, seria decidida a utilização de outra ferramenta, o reagendamento para uma data oportuna ou até a desistência da participação, caso assim desejasse.

4 ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: uma análise a partir das dimensões do acesso

Para atender ao objetivo deste estudo, os resultados foram apresentados em cinco categorias construídas com base nas dimensões do acesso descritas por Assis e Jesus (2012):

- A perspectiva política sobre o acesso à saúde reprodutiva: carência de priorização do direito
- A dimensão técnica e a saúde reprodutiva: possibilidades de aprimoramento e estratégias para o cuidado integral
- Desafios organizacionais no acesso à saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde
- A influência econômico-social sobre a garantia do acesso à saúde reprodutiva
- Simbologia do acesso à saúde reprodutiva: influências na autonomia da mulher

Os direitos sexuais e reprodutivos são essenciais para garantir a igualdade e a dignidade das pessoas. Apesar disso, o acesso à saúde reprodutiva ainda apresenta limitações e desigualdades. Sabemos que, quando as pessoas recebem informações adequadas sobre seu corpo e saúde, elas podem tomar decisões mais conscientes e exercer maior autonomia em suas vidas.

Com base no documento da OMS (2011), “Mulheres e Saúde - evidências de hoje, agenda de amanhã”, a saúde da mulher exige uma atenção diferenciada devido à influência de fatores culturais, econômicos e sociais. Além disso, o pensamento patriarcal e a ausência de igualdade social contribuem para a maior vulnerabilidade das mulheres.

Percebe-se que as mulheres ainda enfrentam desafios para exercer seus direitos reprodutivos e que existem lacunas nas políticas públicas de saúde reprodutiva. É necessário ajustar as práticas dos profissionais de saúde para oferecer uma assistência integral, equitativa e livre de discriminação, garantindo acesso a informações sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, o que permite o empoderamento das mulheres para que possam decidir sobre sua própria fertilidade e sexualidade.

Este estudo analisa o acesso à saúde reprodutiva como um direito, com enfoque no planejamento reprodutivo, e apresenta as categorias de análise que serão discutidas a seguir, visando compreender as dimensões do acesso: política, técnica, organizacional, econômico-social e simbólica. Para tanto, foram entrevistadas usuárias, profissionais de saúde e gestores, além da realização de observação sistemática e avaliação de documentos.

As análises sobre o acesso à saúde reprodutiva enquanto direito, a partir das

convergências e divergências apresentadas pelos participantes, oferecem uma compreensão da estrutura dos serviços de saúde, da implementação de políticas de saúde reprodutiva do município, da dinâmica do trabalho dos profissionais de saúde e das condições econômicas e sociais das usuárias da atenção primária em Camaçari.

4.1 A PERSPECTIVA POLÍTICA SOBRE O ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA: carência de priorização do direito

Esta categoria aborda a dimensão política, destacando a importância de desenvolver diretrizes que garantam o acesso universal aos serviços de saúde, por meio de acordos entre diferentes esferas de poder, tais como governo, sociedade civil, prestadores públicos e/ou privados e estabelecimentos de saúde. Para viabilizar isso, é necessário um processo de decisão transparente e compartilhado, que busque preencher as lacunas existentes na oferta de assistência em todos os níveis de cuidado para a população.

A respeito das políticas públicas, extraímos dos discursos das usuárias a percepção de que é necessário melhorar o fluxo da rede de saúde, superar a dificuldade de encontrar contraceptivos e garantir a disponibilidade desses métodos. As usuárias também relataram desafios no agendamento de consultas de planejamento reprodutivo, a necessidade de aprimorar o atendimento e a falta de orientação dos profissionais de saúde. Além disso, ressaltaram a importância do planejamento reprodutivo, do Programa Saúde na Escola (PSE) e do diálogo entre pais e filhos.

Em relação aos profissionais de saúde, seus discursos apontaram a ausência de protocolos ou fluxos bem definidos relacionados ao planejamento reprodutivo, bem como a facilidade proporcionada pelo Acesso Avançado. Eles destacaram ainda a capacidade das unidades de saúde em facilitar o acesso, mas mencionaram problemas como a demora na regulação e o descumprimento da lei da laqueadura. Também indicaram a necessidade de melhorar o fluxograma de encaminhamento para métodos contraceptivos de longa duração, de aumentar a variedade de métodos disponíveis e reconheceram a boa cobertura dos métodos oferecidos.

Ao compararmos as percepções dos gestores e das usuárias sobre o fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observamos que ambos os grupos destacam a necessidade de melhorias. Os gestores ressaltaram a importância de adequar as portarias do MS para a RAS, da divulgação de seus fluxos para os profissionais de saúde, de promover a educação em saúde e de garantir uma oferta satisfatória de métodos contraceptivos. Eles também mencionaram

dificuldades específicas no cumprimento dos fluxos relacionados ao DIU e à esterilização, especialmente em relação à laqueadura, e afirmaram que o planejamento reprodutivo deve ser tratado como um direito.

A coordenação do cuidado nas RAS coloca a APS em uma posição central e estratégica na organização dos sistemas de saúde, direcionando a assistência em todos os pontos da rede e em todas as fases da vida da população (Mesquita *et al*, 2023).

Embora a APS, posicionada no centro da organização dos sistemas de saúde, tenta assegurar uma assistência integral e de qualidade, observamos que as usuárias expõem lacunas e interrupções na oferta de métodos contraceptivos, expondo que são necessárias melhorias nos fluxos das RAS e na aplicação das portarias e normativas relacionadas a saúde reprodutiva. Esse contraste demonstra que a efetividade da APS e das RAS precisa de uma estrutura organizada, mas também da aplicação prática que atenda às necessidades dos usuários.

As usuárias, embora concordem com a necessidade de melhorar o fluxo da rede, trazem uma perspectiva prática e experiencial. Uma usuária, por exemplo, sugere que a revisão e o reforço das leis municipais garantem melhor acesso aos métodos contraceptivos. Ela observa que, em sua experiência, o acesso a esses métodos tende a ser mais efetivo durante períodos eleitorais, enquanto fora desses períodos, a dificuldade em obtê-los persiste, conforme exemplificado em sua fala.

Eu acho que precisa melhorar, porque só consegue ser mais em tempo de política. Eu acho que tem que correr atrás. Eu acho que tem um pouco de dificuldade”. (Entrevistada U1).

Algumas gestoras destacaram em seus discursos a necessidade de adequar as portarias do MS à RAS, visando adaptar as diretrizes de acordo com os recursos disponíveis no município. Elas enfatizaram a importância de elaborar fluxos de acesso que orientem as equipes a prestarem uma assistência de qualidade e garantir que as usuárias tenham acesso a serviços adequados às suas demandas. Essa necessidade é refletida nos discursos abaixo:

O município de Camaçari utiliza o que já vem estipulado pelo Ministério da Saúde, as portarias, e faz a adequação para sua rede de atenção. Então, ele organiza os fluxos de acesso conforme a sua rede, que inclusive está passando por revisões agora, para orientar as equipes sobre como essa rede está estruturada no município, mas sempre com base no que foi construído pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. (Entrevistada G1).

Seguimos as diretrizes da Rede Cegonha, mas não temos algo próprio. Estamos organizando como vamos implementar essas políticas e a forma de operacionalizá-las. Temos um grupo no município chamado 'grupo condutor

de redes', que trabalha com as linhas de cuidado, incluindo a saúde reprodutiva. (Entrevistada G3).

De acordo com Nakata *et al* (2020), as características que sustentam o conceito ampliado de rede de atenção à saúde configuram uma forma de organização que tenta assegurar direitos, promovendo a ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais de maneira contínua, humanizada e territorializada. Esse arranjo acontece devido a formalização de vínculos e processos de trabalho, assim como de sistemas de informação integrados que colaboram para a regulação de serviços, coordenação do cuidado, ampliando a capacidade resolutive, fortalecendo a integralidade, promovendo a eficiência e a efetividade dos resultados alcançados através de troca, colaboração e interdependência.

Dessa forma, para que essas adaptações sejam eficazes, é crucial divulgar os fluxos atualizados para os profissionais de saúde, devido a mudanças na própria rede de atenção. Isso assegura que as equipes estejam informadas sobre os equipamentos disponíveis no sistema e saibam como utilizá-los, melhorando a assistência prestada no município. A seguir, as gestoras abordam essa necessidade de divulgação:

Eu acho que esses fluxos precisam ser divulgados para as equipes. Todo profissional precisa conhecer a rede de atenção à saúde para informar melhor os usuários. (Entrevistada G1).

Estamos organizando para disponibilizar como a política será implementada, especialmente no que diz respeito ao acesso dos usuários. Como eles caminharão na rede e quais equipamentos e métodos estão disponíveis serão descritos no fluxograma. (Entrevistada G3).

Profissionais de saúde também ressaltaram a necessidade de aprimorar o fluxo da RAS, especialmente no que diz respeito aos métodos contraceptivos de longa duração. Esses métodos, muitas vezes realizados em outros pontos da rede, enfrentam diversas barreiras tanto no encaminhamento quanto na execução dos procedimentos. As dificuldades impostas por essa fragmentação acabam comprometendo o acesso e a continuidade do cuidado, evidenciando a importância de uma coordenação mais integrada e eficiente a fim de garantir que esses métodos estejam ao alcance das usuárias de forma ágil e descomplicada. A seguir, algumas falas ilustram essas dificuldades:

No município, eu não vejo nada voltado para o planejamento em si, nenhuma política específica para isso. (Entrevistada P1).

A organização da maternidade com as gestantes precisa ser mais bem articulada conosco. Há muita gente e muitas dúvidas sobre quando

encaminhar ou não, o que causa confusão. Porque para mim é só, ah, se for cesariana e a pessoa fica sem saber se vai ser ou não, sabe? Só descobre na hora e aí fica esse negócio. A questão da ginecologista é mais o fluxo mesmo, que é muita gente. (Entrevistada P4).

Sobre a esterilização, ainda há muitos problemas. Uma puérpera queria a laqueadura desde o início da gestação, cumpriu todos os requisitos, mas na hora da cesariana, disseram que não poderia fazer porque só ia fazer se fosse diabética, hipertensa, tivesse alguma comorbidade. Aí ela veio 45 dias depois da cesariana para fazer a laqueadura. E o fluxo, a gente sabe que não é dessa forma. Foi enviada de uma forma diferente para a gente e aí, eu acho que essa falha de comunicação entre os setores é ruim. Outra coisa é o DIU. Eu sempre ofereço muito, mas eu nunca vi ninguém voltando dizendo que fez, que conseguiu colocar. (Entrevistada P5).

O DIU de cobre e a laqueadura enfrentam muitos obstáculos. Muitas vezes, as mulheres não conseguem fazer a transvaginal, o preventivo que é com a gente, a gente tem mais o controle, mas quando precisa da transvaginal, demora, o que acaba desestimulando a realização do procedimento. (Entrevistada P6).

A gestante que vai para a laqueadura intraparto, a gente faz todo aquele trâmite que tem que ser 3 meses antes solicitado, registrado em cartório. Não precisa nada de documentos de homem. Não precisa de o homem autorizar. Ela decide por ela. E vai toda organizada, já orientada pela gente sobre todo o procedimento, dos danos, os riscos, tudo direitinho. E isso ainda não garante a ela fazer. Ela vai para a maternidade com esse documento e ainda não garante ela fazer. No caso, que não é uma gestante, eu não sei te informar a questão do sucesso porque ainda não encaminhei nenhuma fora, mas já que encaminhei gestante que não tiveram sucesso de conseguir. (Entrevistada P9).

Há obstáculos significativos à coordenação da atenção e integralidade do cuidado, especialmente devido à dificuldade em estabelecer comunicações eficientes e empáticas entre profissionais, gestores e usuários, demonstrando conhecimento restrito sobre o papel da APS. Além dessas barreiras, persistem desafios relacionados à organização da rede, como a falta de mecanismos eficazes para articulação e a insuficiência de serviços especializados, comprometendo a continuidade e a coerência do atendimento entre os diferentes níveis assistenciais (Almeida *et al*, 2021).

Os depoimentos ressaltam não apenas a necessidade de melhorar os fluxos da rede, principalmente no que diz respeito aos métodos contraceptivos de longa duração, mas também o descumprimento das alterações na lei da esterilização cirúrgica. Uma das mudanças foi a possibilidade da laqueadura intraparto, que representou um avanço significativo em relação à legislação anterior. No entanto, a implementação dessa modificação ainda enfrenta barreiras substanciais, refletindo uma resistência institucional e burocrática que compromete o acesso das mulheres a esse importante recurso.

Entendemos que a laqueadura deveria garantir autonomia reprodutiva às mulheres,

tornando-se um símbolo da luta contra a opressão patriarcal. Quando o acesso a esse método é dificultado por obstáculos institucionais e burocráticos, como sua realização ser atrelada a partos cesáreos ou à interpretação dos profissionais de saúde, o controle das usuárias sobre seu próprio corpo e suas decisões reprodutivas é limitado. A negativa ao acesso aos métodos de esterilização, mesmo quando todos os requisitos legais são cumpridos, revela uma falha no sistema, que não apenas desconsidera direitos fundamentais, mas também reforça as desigualdades de gênero inerentes ao patriarcado.

As alterações impulsionadas pela Lei 14.443/2022 asseguram autonomia da mulher na decisão sobre o método e reduz a idade para escolha da laqueadura, o que poderá facilitar a realização do procedimento, requerendo maior atenção das equipes nos esclarecimentos sobre a esterilização, esclarecendo sobre dúvidas, taxa de falhas, arrependimentos e possibilidades de reversão. A decisão consciente depende do trabalho dedicado dos profissionais com os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens (Menaguali *et al*, 2024). Além disso, depende de uma gestão da RAS articulada que define bem os fluxos e orienta as suas equipes para prestar uma assistência de qualidade com encaminhamentos seguros e resolutivos.

Na análise documental, foi considerado o documento 3 - Documento Orientador sobre esterilização cirúrgica voluntária: laqueadura tubária e vasectomia, elaborado em 2023 para guiar as equipes de saúde quanto às modificações introduzidas pela Lei nº 14.443/2022, que alterou a Lei nº 9.263/1996. Entre as principais alterações, destaca-se a redução da idade mínima de 25 para 21 anos para realização dos procedimentos ou a possibilidade de realização para pessoas com dois ou mais filhos vivos. Além disso, a nova legislação elimina a necessidade de autorização de um representante legal e permite a realização da laqueadura durante o período de parto, desde que respeitado o intervalo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o procedimento cirúrgico, sempre considerando as condições médicas adequadas.

Nesse Documento Orientador, o município esclarece que a Maternidade Regional de Camaçari ainda não tem fluxo para que seja realizado laqueadura tubária intraparto, para todas as vias de parto. A gestante que expressar o desejo de realizar o procedimento deve receber aconselhamento da equipe de saúde, assinar o TCLE, juntamente com os profissionais das unidades de saúde, e autenticar o documento em cartório. No entanto, o consentimento assinado não garante a realização da laqueadura, pois esta depende da autorização do obstetra da maternidade, após avaliação clínica da via de parto (preferencialmente cesárea). Como não há consulta prévia na maternidade, a usuária só saberá se o procedimento será realizado no momento do parto. Para mulheres não gestantes, homens, ou mulheres que não realizarem a laqueadura no parto, o procedimento seguirá o fluxo municipal através da regulação.

Embora o documento demonstra um esforço do município em regulamentar a esterilização cirúrgica, há várias lacunas que geram barreiras e diminui a autonomia da mulher por concentrar o poder decisório nas mãos dos médicos. A ausência de fluxo estabelecido para a laqueadura intraparto, a necessidade do consentimento autenticado em cartório, a realização do procedimento ser vinculada a autorização médica após avaliação da via de parto (preferencialmente cesárea) e o fato de não haver uma consulta prévia para esclarecimentos das usuárias revelam desafios organizacionais e técnicos que podem impactar no acesso das mulheres a esse método de longa duração. A inserção do DIU no pós-parto imediato evidencia uma estratégia mais acessível, enquanto o processo de regulação para laqueaduras e vasectomias depende de fluxos definidos e da capacidade do sistema.

A gestora também relatou a dificuldade de acesso aos métodos de longa duração, como a laqueadura e a inserção do DIU, associando o descumprimento dos fluxos à autonomia das unidades em organizar seus próprios processos, muitas vezes em desacordo com os protocolos municipais. Ela destacou que a maternidade ainda não cumpre integralmente as mudanças na lei da esterilização cirúrgica, como a laqueadura intraparto, que foi explicado acima com o documento orientador. A fala abaixo ilustra essa situação:

Com relação à oferta do DIU, a gente ainda tem pontos, que como eu disse, os fluxos eles estão escritos, estabelecidos, mas que infelizmente, às vezes, é uma questão de entendimento do profissional, da organização da equipe e que o usuário ainda busca o serviço, e ele volta sem atendimento por uma questão, que a equipe não acolheu, não fez a oferta adequada. A gente tem quais são as unidades que devem acolher, mas muitas vezes a organização dessa equipe impede o usuário de ter acesso aquele método. E com relação a esterilização cirúrgica, não só na nova maternidade, a gente tem outros pontos da rede através da regulação, aquele que é eletivo, a gente consegue fazer o encaminhamento, mas a gente teve mudança na legislação, que fala de um direito dessa mulher, da escolha dela e de fazer essa estabilização cirúrgica intraparto e que ainda, a gente tem esse obstáculo. Porque a maternidade está se organizando ainda para acolher e atender a essa demanda levada pelas mulheres. Então hoje o que a gente tem, a equipe de atenção primária acolhe essa mulher, ela registra esse desejo, mas não necessariamente, esse desejo será atendido. Porque ela vai ser avaliada dentro da maternidade, e ser feito ou não, o procedimento. Não é o que a legislação diz, mas hoje a maternidade ainda está organizada desta forma, então por isso, a gente ainda tem alguns entraves, alguns obstáculos. (Entrevistada G1).

A dificuldade em acessar métodos contraceptivos é uma preocupação significativa para muitas mulheres, impactando negativamente o planejamento reprodutivo e a saúde reprodutiva em geral. As usuárias frequentemente relatam a complexidade e a escassez desses métodos, o que pode levar a um aumento nas gravidezes não planejadas e ao abandono dos programas de

acompanhamento. Os depoimentos a seguir destacam a frustração causada pela falta de disponibilidade e pelos longos períodos de espera para procedimentos como a inserção do DIU:

A melhora que deveria ter é diminuir a demora. Porque você dá entrada para colocar um DIU e demora. O outro que é o injetável, demora. E aí, você vai, levanta e tem gente que desiste. Minha tia mesmo está querendo tirar o útero. Ela desistiu de botar DIU. (Entrevistada U2)

É porque, justamente como eu falei, nessa questão de chegar e não ter, às vezes, você vai na farmácia e não tem [...]”. (Entrevistada U3)

Eu acho que precisa melhorar um pouco. Porque às vezes há falta de medicamento”. (Entrevistada U5)

Garanti, ele não garante. Eu já cansei de vir na UBS ver se tinha. Não tem injeção. Vai na outra, não tem injeção. Ou você compra ou você fica sem tomar. Então ele não garante. Se eu não tivesse dinheiro para comprar? Eu ia ficar sem tomar. Ou então esperar eles mandarem. Garantir é se todo mês que eu vier, tiver. Ele está garantindo que eu tomo todo mês. (Entrevistada U6)

Os métodos orais estão em falta, o preservativo também estava em falta, não sei se já chegou, mas estava em falta até semana passada. Agora a trimestral e mensal vem em uma quantidade boa. (Entrevistada P5)

A dificuldade de acesso à contracepção relaciona-se à falta dos métodos nas unidades de saúde, devido a sua aquisição insuficiente que não supre as necessidades da população e a distribuição irregular de insumos. (Paiva & Caetano, 2020). Profissionais de saúde apontam que a escassez de opções de métodos contraceptivos também pode ser um obstáculo significativo. A falta de variedade limita o acesso para mulheres com contra-indicações aos métodos atualmente disponíveis e pode resultar em dificuldades financeiras, uma vez que a aquisição de métodos fora da rede pública pode não ser viável para todas as usuárias. Uma profissional ressaltou:

E assim, pílula combinada que só tem um tipo e aí, às vezes, a mulher tem alguma restrição de algum método, alguma restrição que contraindique e a gente não tem como colocar outro no lugar, porque assim não tem opção e o paciente não tem condição financeira para poder comprar algum outro método que a gente possa indicar. (Entrevistada P6)

É importante que seja introduzida uma ampla variedade de oferta de métodos na rede de atenção à saúde, aumentando o atendimento das diferentes necessidades da população. Caso isso não ocorra, as usuárias terão que comprar os contraceptivos em farmácias particulares, o que nem sempre é acompanhado de orientação adequada (Brandão, 2019).

Os relatos acima evidenciam como a falta de disponibilidade de métodos contraceptivos afeta a vida das mulheres, destacando a falha do Estado em garantir acesso adequado à saúde

reprodutiva. Um problema adicional identificado foi a dificuldade em agendar consultas de planejamento reprodutivo. Embora o Município tenha instituído o modelo de Acesso Avançado para acolher a demanda espontânea e garantir o acesso contínuo aos serviços de saúde, ainda há obstáculos em algumas unidades, como a falta de vagas disponíveis para consultas no dia desejado.

No Município, as receitas para métodos contraceptivos são válidas por seis meses. Após esse período, é necessário um acompanhamento com um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) para avaliação da condição clínica e renovação das prescrições. A dificuldade em encontrar vagas para essas consultas pode comprometer a continuidade do acompanhamento, como evidenciado pelo seguinte depoimento:

Aí, fica o processo para trocar receita, tudo isso meio que impede da mulher e nesse processo é que ocorre sempre essa gravidez indesejada. Porque a de minha irmã foi assim. (Entrevistada U3)

Quando as mulheres não conseguem dialogar com os profissionais ou têm barreiras para acessar as consultas, elas acabam sanando suas dúvidas na internet, em conversa informal com terceiros ou lendo a bula de medicamentos, o que pode gerar agravos à saúde e gestações não planejadas (Monçalves, 2023).

Esse cenário destaca a importância de políticas públicas bem implementadas em todas as unidades de saúde do Município para garantir o acesso à saúde reprodutiva. Não adianta criar leis e portarias se elas não forem eficazmente aplicadas, o que pode levar a uma percepção de que o sistema de saúde não protege adequadamente os direitos dos usuários e reforça a vulnerabilidade reprodutiva.

Outro documento que fez parte da análise foi o documento 2 - a Portaria nº 024/2021, que estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado”, que foi abordado nas falas acima. A portaria reflete uma política pública que visa ampliar o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Contudo, a implementação desse modelo pode não abordar adequadamente as desigualdades preexistentes no acesso à saúde reprodutiva enquanto direito, havendo necessidade de criar estratégias que considerem as particularidades do planejamento reprodutivo, como a garantia dos métodos contraceptivos e do atendimento ininterrupto para diminuir as barreiras existentes.

Além disso, o impacto das políticas de saúde reprodutiva precisa ser revisto sob a ótica dos direitos reprodutivos, pois esse modelo por si só não garante a ampliação do acesso,

principalmente se houver dificuldades na sua implementação. As equipes de saúde necessitam ter condições físicas, técnicas e organizacionais de ajustar as suas agendas para atender de forma equitativa e eficaz a demanda programada e espontânea, sendo que as agendas devem ser organizadas de forma flexível, visando atender os usuários em tempo oportuno.

É preciso estudar a demanda da equipe da ESF, planejando o processo de trabalho de forma a melhorar a organização da agenda e ampliar o acesso, proporcionando uma assistência resolutiva, oportuna e integral à população. Contribuindo, dessa forma, para o aprimoramento das estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, abordando a saúde em seu conceito ampliado e ultrapassando o modelo de atendimento focado apenas na queixa-conduta (Canuto *et al*, 2021).

Sendo assim, a abertura da ESF para um acesso facilitado requer uma forma nova de pensar e agir nos serviços de saúde, reivindicando também um novo olhar do Ministério da Saúde, com a intenção de rever os parâmetros da ESF, garantindo acessibilidade para os usuários. A garantia política, legal e institucional de uma assistência qualificada e longitudinal pouco beneficiará as pessoas sem um debate sobre a proporcionalidade entre a equipe e a população adscrita (Cirino *et al*, 2020).

Alguns profissionais de saúde reconhecem o Acesso Avançado como um facilitador essencial para que as usuárias realizem o acompanhamento adequado nas unidades de saúde. Essa abordagem permite que as mulheres recebam atendimento imediato e mantenham a constância no uso dos métodos contraceptivos. Apontam ainda que é necessário que cada unidade possa estruturar suas agendas com a finalidade de ampliar o acesso da população aos serviços ofertados, o que acontece quando temos políticas públicas com fluxos divulgados e que possibilitem a implantação em todos os pontos da RAS. A importância desse modelo é reforçada pelos seguintes comentários:

A gente trabalha com a política nacional, que são as consultas com os médicos e os enfermeiros e eu acho que não tem dificuldade no acesso não. O acesso é facilitado. A questão do acesso avançado, com esse nome ou sem esse nome, que é a possibilidade de a paciente chegar na unidade e ser atendida imediatamente é o maior facilitador de fluxo. Porque se isso não existir, dificilmente ela vai conseguir manter a constância do método, porque ela vai esquecer a data, ela perder receita, ela não sabe que dia ela tomou a última vez, se ela não tiver acesso no dia para dar seguimento ao método, ela vai ficar constantemente reiniciando. Então essa política de acesso da consulta no dia é um facilitador. (Entrevistada P2)

A unidade tenta facilitar o acesso em relação aos métodos definidos. A unidade tenta facilitar ao máximo o acesso no planejamento familiar. (Entrevistada P3)

Uma usuária relatou o desconhecimento sobre as políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, o que pode levar a uma falta de informação e interesse em relação aos próprios direitos e necessidades. Essa desinformação agrava a dificuldade de acessar serviços de saúde reprodutiva e pode aumentar a vulnerabilidade a gravidezes não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis. Um exemplo dessa falta de conhecimento é demonstrado no seguinte depoimento:

Eu acho que para mim tanto faz. Eu nem sei muito assim. (Entrevistada U4)

Os relatos também destacam a importância do planejamento reprodutivo para a autonomia e bem-estar das mulheres. Um bom aconselhamento e orientação durante o acompanhamento permitem que as mulheres reflitam acerca de sua sexualidade e planejem o momento adequado para gestar ou optem por não ter filhos, prevenindo assim gravidezes indesejadas. Além disso, relataram que a ausência da contracepção pode restringir significativamente o poder de escolha, dificultando a conciliação entre trabalho e estudo. Uma entrevistada apontou que, sem essa organização, a mulher se vê forçada a fazer sacrifícios que acabam por manter as estruturas do patriarcado. A necessidade de políticas que promovam maior autonomia reprodutiva é evidenciada pelos seguintes comentários:

Vou continuar usando até eu me sentir segura de que eu possa ter outro. Porque às vezes a gente não está preparado. A gente precisa se preparar primeiro para depois ter. Eu acho que ela consegue manter a vida dela em ordem. (Entrevistada U5)

Porque se você não tem o planejamento, aí pariu um esse ano, um ano que vem. Você vai trabalhar como? Você vai estudar como? Porque agora você vai ter que parar de trabalhar ou você abre mão de cuidar do seu filho e paga ou você abre mão e é submissa ao seu marido. (Entrevistada U6)

Melhora que a casa não enche. Quando a casa enche, a gente tem que dividir o ovo. Fica mais difícil. Com um só já é difícil, imagina com 3 ou 4. (Entrevistada U7)

Eu acho bom, acho que todas as mulheres deveriam fazer isso. Para evitar ter muitos filhos. Não tem condições de ter muitos filhos, eu acho bom que eles ofereçam assim, de graça e a pessoa só tem que ter força de vontade de ir lá e conseguir para poder tomar a vacina ou então usar outro método. Porque, eu acho que atrapalha? Porque ali você fica só, se você tem muitos filhos, você fica praticamente só para cuidar dos seus filhos. Você não consegue sair para trabalhar, é mais difícil arrumar emprego e é mais difícil sair para qualquer lugar, aí tem que ficar vivendo só dentro de casa cuidando dos filhos. (Entrevistada U9)

Constata-se que a decisão sobre o método deve considerar a autonomia da mulher e compete aos profissionais atuantes da APS assegurar esse direito e diminuir as dúvidas, medos e tabus que cercam o processo de anticoncepção hormonal. Além disso, as consultas de saúde da mulher necessitam favorecer a educação em saúde, o diálogo e a troca de saberes. (Monçalves, 2023)

Os depoimentos acima mostram a importância de ter a política de saúde sexual e reprodutiva bem estabelecida no município para poder garantir o acesso da população aos métodos contraceptivos, proporcionando autonomia às mulheres em suas escolhas reprodutivas. Com a falta do planejamento reprodutivo adequado, as usuárias enfrentam desafios que impactam diretamente suas vidas, como a dificuldade de manter a estabilidade financeira, continuar os estudos ou ter uma carreira, conforme relatado pelas entrevistadas, perpetuando a dependência de estruturas patriarcais.

A importância da educação em saúde, especialmente para os jovens, também foi destacada. Apesar de existirem palestras e programas relacionados aos métodos contraceptivos, a oferta ainda é limitada. A ampliação de políticas de educação em saúde, como o Programa Saúde na Escola (PSE), poderia melhorar o acesso à informação e superar as barreiras impostas pelo ambiente familiar. Um depoimento ilustra essa necessidade:

É como eu disse falta, mesmo que tenha. Ah, mas tem planejamento familiar, tem palestra, mas é muito pouco. Na minha opinião, já teria que vir da escola. Ter nas escolas, porque hoje em dia, a maioria tudo é jovem. Doze, treze, catorze anos. Então eu acredito que seria uma coisa que tinha que ser frequentemente na escola. Em 3 em 3 meses, de 2 em 2 meses, 6 em 6 meses. Mas na escola, porque muitas não vêm para o posto. Então, se você tem na escola, em grupo, depois individual, eu acho que resolveria muita coisa. Com essa consciência. Porque muitas, é um diálogo restrito em suas casas com os pais. (Entrevistada U6).

A educação em saúde permite a troca dos conhecimentos necessários e de vivências em relação à concepção e contracepção, favorecendo o acesso a informações que proporcione aos indivíduos decidir de forma consciente de acordo com suas necessidades, garantindo a autonomia e melhoria das suas condições de vida e saúde. Para tanto, é necessário criar espaços que dê oportunidade para que os participantes das atividades educativas falem sobre seus sentimentos e expectativas, tirando suas dúvidas (PAIVA *et al.*, 2019).

Gestores de saúde também enfatizaram a importância da educação em saúde para garantir que os usuários façam escolhas conscientes sobre sua saúde sexual e reprodutiva. As políticas de educação em saúde não apenas informam os indivíduos sobre métodos

contraceptivos, mas também empoderam as pessoas para tomar decisões. Isso pode prevenir doenças e ajudar na reflexão sobre a reprodução. A seguir, algumas falas de gestores que ilustram essa perspectiva:

Uma questão que eu acho importante é resgatar dentro das equipes, não só na atenção primária, as ações de educação em saúde. Isso faz com que a informação chegue de forma segura ao usuário. Anteriormente, contávamos muito com salas de espera e bate-papos para informar sobre métodos contraceptivos e saúde sexual e reprodutiva. Quando você leva a informação, você a torna libertadora e permite ao usuário fazer escolhas seguras e protegidas. (Entrevistada G1)

Eu creio que a política de educação em saúde de forma geral deve entender a saúde reprodutiva como um planejamento de vida. Isso não se limita apenas à quantidade de filhos desejada, mas inclui a capacitação para cuidar do corpo, prevenir doenças e decidir sobre quando e como ter filhos. Isso empodera tanto homens quanto mulheres a se enxergarem dentro do planejamento reprodutivo. (Entrevistada G3)

No entanto, mesmo com a presença de políticas e programas voltados para a saúde reprodutiva, as falhas persistem na implementação desses serviços. A falta de acesso equitativo e a demora no atendimento são problemas recorrentes, como evidenciado pelos depoimentos dos profissionais de saúde:

Eu acho que a maior dificuldade é a espera, porque o sistema está muito superlotado. Então, encaminhamos algo simples, como a inserção de um DIU e demora muito para ser realizado. A paciente volta e ainda não conseguiu o procedimento. A espera é muito ruim. (Entrevistada P4)

Há uma demora para exames preventivos, para a realização de transvaginais e para o agendamento de consultas. Quando as consultas são realizadas, alguns exames já precisam ser repetidos, pois já passaram muito tempo. (Entrevistada P5)

O DIU é um exemplo de dificuldade. Há problemas na realização de transvaginais, que são necessárias para colocação do DIU, e muitas mulheres acabam desestimuladas para continuar o tratamento. (Entrevistada P6)

Precisamos de regulação e ainda há dificuldades em acessar o DIU. Existe uma certa dificuldade para obter esse método, e é necessário melhorar o fluxo para garantir acesso mais ágil. (Entrevistado P8)

Melhorias são necessárias, como a redução da demora nas vagas do sistema de regulação, especialmente para exames necessários para a obtenção de métodos contraceptivos. Isso pode ajudar a melhorar o acesso e a eficiência do atendimento. (Entrevistada P9)

Analisando a situação, é evidente que a organização de ações governamentais e a implementação de políticas eficazes são essenciais para garantir o acesso a informações e

serviços de saúde reprodutiva de qualidade. Apesar das leis e portarias que visam garantir a saúde reprodutiva como um direito fundamental, a carência na oferta de serviços básicos continua a ser um obstáculo significativo. Essa lacuna limita a capacidade das mulheres de exercer plenamente seu planejamento reprodutivo.

De acordo com Canto *et al* (2023), as políticas públicas que abrangem a saúde reprodutiva com a oferta dos métodos disponíveis à população, são indispensáveis para assegurar o acesso das usuárias a uma variedade de opções contraceptivas, respeitando o direito e as suas escolhas individuais.

A saúde sexual e reprodutiva deve ser compreendida como um direito fundamental, principalmente para as mulheres, englobando o acesso a métodos contraceptivos, assim como oferecendo o suporte de uma rede de proteção e acompanhamento. Isso implica assegurar relações sexuais seguras e livres de violência, além de proporcionar a oferta de testagens rápidas para IST's e garantir a liberdade de expressão da orientação sexual. Dessa forma, a responsabilidade pelo planejamento reprodutivo e pela promoção de cuidados é das três esferas de governo, requerendo políticas públicas que estimulem a proteção e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Como vemos no discurso a seguir:

Porque a gente fala de saúde sexual e reprodutiva e fala que é um direito fundamental da pessoa, sobretudo quando a gente fala de mulheres. E aí, a gente traz a questão do direito ao sexo seguro, protegido e com isso, a gente fala não só dos métodos, mas de ter uma rede que apoia esse indivíduo com relação a essa abordagem segura nas suas relações sexuais. Aí, a gente fala também de ter a oferta do método de proteção, assim como a testagem rápida para as IST's, o acompanhamento numa rede e a gente fala também sobre a questão do sexo seguro e livre de violência e a gente precisa também ter uma rede que protege essas pessoas de violência sexual. A gente fala também de ter liberdade para expressar sua orientação sexual, e com isso trabalhar as questões relacionadas à sexualidade, a orientação sexual e especificamente em relação ao planejamento familiar, então desde a oferta dos métodos e para isso, a gente precisa dizer que é uma responsabilidade das três esferas de gestão. (Entrevistada G1)

Embora a dimensão política tenha como objetivo priorizar a criação de leis que garantam a saúde reprodutiva como um direito fundamental, na prática, os entrevistados concentram-se mais nas ausências de métodos contraceptivos e nas deficiências nos fluxos de atendimento, que impactam diretamente no acesso. Esse descompasso demonstra que, apesar da importância de discutir os direitos, a carência na oferta de serviços básicos é o principal obstáculo enfrentado, limitando a capacidade das mulheres de exercer plenamente seu planejamento reprodutivo.

Discutir os elementos levantados a partir das falas dos entrevistados, como a

organização da RAS; a necessidade de fluxos apropriados para os métodos de longa duração; a escassez e a limitada variedade dos contraceptivos; a importância de garantir a saúde sexual e reprodutiva como direito e da educação em saúde para sensibilizar os usuários é fundamental. Embora esses temas também pertençam a outras dimensões, é papel da dimensão política estabelecer diretrizes que diminuam as barreiras de oferta e assegurem uma assistência em todos os níveis de cuidado para a população.

De acordo com Militão *et al* (2024), a implementação das políticas públicas que visam garantir o acesso universal aos contraceptivos ainda é falha. Isso interfere na oferta regular de métodos, nas barreiras de acesso aos procedimentos de esterilização e na falta de orientação adequada sobre as opções disponíveis. Para buscar sanar esses problemas estruturais é necessária uma revisão nas estratégias de gestão e distribuição de recursos do SUS, além de disponibilizar atualizações para que os profissionais de saúde consigam atender as necessidades reprodutivas da população.

Além disso, o desconhecimento das políticas públicas por parte de usuárias e profissionais de saúde compromete o acesso aos serviços de saúde reprodutiva. A falta de discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos resulta na baixa conscientização das mulheres sobre seus direitos. Conseqüentemente, elas não reivindicam à gestão municipal a oferta de métodos e serviços adequados. Essa ausência de informação enfraquece a capacidade das mulheres de exigir os cuidados necessários, perpetuando um ciclo em que a falta de cobrança por parte da população contribui para a ineficácia ou insuficiência das políticas de saúde reprodutiva locais.

4.2 A DIMENSÃO TÉCNICA E A SAÚDE REPRODUTIVA: possibilidades de aprimoramento e estratégias para o cuidado integral

A dimensão técnica visa colocar o usuário como protagonista do processo terapêutico, atribuindo responsabilidades aos profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços, sejam públicos ou privados. Para isso, é necessário adotar dispositivos de atenção integral, como acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e indivíduo, possibilitando uma abordagem compartilhada.

Quando questionamos as usuárias sobre a dimensão técnica no acesso à saúde reprodutiva emergiram temas sobre aprovação do atendimento ofertado, segurança quanto às orientações recebidas dos profissionais de saúde, embora uma delas tenha referido que não foi adequadamente orientada quanto a interação medicamentosa. Percebeu-se que a maioria das

entrevistadas estavam satisfeitas com o acompanhamento recebido no planejamento reprodutivo.

Os profissionais de saúde, por sua vez, discorreram sobre problemas relacionados à prática de educação em saúde no planejamento reprodutivo, restrição quanto a variedade e ausência de alguns métodos contraceptivos disponíveis que podem ser ofertados, resistência para aceitação de alguns métodos, demora na realização de exames, descumprimento da legislação da esterilização e necessidade de reorganizar fluxo de DIU.

Os gestores comentaram em seus discursos sobre fluxo de aquisição de métodos contraceptivos pelo município e a solicitação por parte das unidades de saúde, ausência de um instrumento que avalie se a oferta de métodos contempla a demanda, importância da criação e implementação de fluxograma de atendimentos e organização das unidades e da utilização do modelo de acesso avançado, necessidade de treinamento das equipes, inserção do DIU realizada apenas por uma categoria profissional e descumprimento da lei da esterilização.

Entende-se que a estruturação da organização da rede de serviços impacta diretamente na percepção das usuárias sobre a qualidade da assistência prestada. Em relação ao atendimento ofertado, algumas usuárias aprovaram o acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde, relatando que se sentiam seguras para seguir as orientações e que por isso, aceitavam as informações transmitidas nas consultas de acompanhamento e não as que eram fornecidas por terceiros, o que é importante para garantir a continuidade do tratamento de forma adequada e segura, além de evitar confusões ou práticas equivocadas.

Muito bem. Não tenho o que dizer deles, nenhum deles. (Entrevistado U1).

É, eu acho que é um bom atendimento. Desde que eu comecei a ser atendida aqui, eu gostei. Me sinto segura. (Entrevistada U5)

Não tenho de reclamar de ninguém não. Nem (nome da profissional), nem essa menina da recepção, nem a menina lá do remédio[...]. (Entrevistada U7)

Eu acho bom. Pelo menos, as médicas que eu passei, elas foram bem atenciosas. Me explicaram sobre o método. (Entrevistada U9).

Sobre as orientações fornecidas nas consultas de planejamento reprodutivo, uma usuária afirma que segue fielmente, sem dar ouvidos a outras informações que não sejam de profissionais de saúde.

Eu acho assim, pelo menos da minha parte, eu não vou escutar vizinho, outras pessoas. Vou agir como tem que ser. Porque eu realmente não escuto. Ah, tem que ser assim, tem que ser assado, eu faço do jeito que tem que seguir. Que

foi passado para mim, entendeu? (Entrevistada U8).

Segundo Monçalves *et al* (2023), os profissionais de saúde que atuam na ESF precisam estar comprometidos com uma atenção singular e individualizada às mulheres da sua área adscrita. Compreende-se que para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado é necessário considerar a autonomia da mulher, cabendo a equipe garantir esse direito e diminuir as dúvidas, medos e tabus acerca do processo de escolha reprodutiva. Para tanto, as consultas devem favorecer a educação em saúde, o diálogo e a troca de saberes.

Contrariando os discursos anteriores, uma das entrevistadas relatou a sua experiência e destacou a importância de uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e as usuárias, o que favorece o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade. Essa falha nas orientações expõe alguns dos grandes problemas do planejamento reprodutivo: o risco da gravidez indesejada e o abandono do acompanhamento.

A enfermeira informou que só não podia ter relações sexuais com 15 dias, aí hoje que eu vim saber que tinha que esperar descer a menstruação ou tomar anticoncepcional um ou dois dias depois que descer. E aí, eu vim saber hoje, só que eu tomei mesmo assim, que ela fez o teste de gravidez e viu que eu não estava grávida. E aplicou mesmo assim. Mas achei isso aí falta de ela explicar isso daí, porque nem todo mundo sabe. Minha mãe mesmo não tomava. Só se prevenia com preservativo, então ela não sabia também para explicar (Entrevistada U2).

Dessa forma, é indispensável que os profissionais ofereçam informações seguras e precisas para que as mulheres possam tomar decisões sobre a sua saúde reprodutiva de forma autônoma. A falta de orientação adequada pode levar ao abandono do tratamento, comprometendo o planejamento reprodutivo.

De acordo com Canuto *et al* (2020), quando a usuária busca o acesso ao método na APS é indispensável a prestação de uma assistência de qualidade. A humanização e a qualificação do atendimento são importantes para garantir a resolução das demandas, das problemáticas e das solicitações que as mulheres trazem para os serviços de saúde.

A comunicação entre profissionais de saúde e usuárias é importante para a integralidade do cuidado. E a falta ou falha na orientação adequada pode acarretar impactos profundos na vida das mulheres, em especial no que tange à saúde reprodutiva. Ter uma atenção voltada para o indivíduo como um todo, olhando as particularidades de cada cliente e os seus problemas de saúde em geral, pode evitar interações medicamentosas e suas implicações. O discurso abaixo exemplifica isso:

Porque depois da hanseníase, o que acontece eu tomava remédio e tomava a injeção. Então eu achava que os efeitos que estava dando era do remédio que eu estava tomando. E não era. Era ele que estava para nascer. Que tira o efeito dos comprimidos, por isso ele veio. Não sabia. Depois quando teve uma reunião, que eu vim da hanseníase, foi que a doutora (nome da profissional) me falou que um remédio tinha uma coisa no comprimido, no coquetel que eu tomava da hanseníase que tirava o efeito do comprimido de evitar. Por isso que ele veio. (Entrevistada U7)

É fundamental que os profissionais de saúde durante as consultas de planejamento reprodutivo esclareçam para as usuárias sobre os diferentes tipos de métodos, esclarecendo suas dúvidas, a fim de que elas se sintam seguras quanto à indicação do contraceptivo escolhido. (Monçalves, 2023).

Brandão (2019) ainda relata que as ações de aconselhamento, orientação, avaliação clínica e acompanhamento de saúde são fundamentais para que cada mulher atendida no planejamento reprodutivo se sinta acolhida em suas decisões reprodutivas e tenha acesso aos métodos em tempo oportuno.

Percebe-se com esse relato o quanto a falta de orientação adequada e clara impacta na vida das usuárias e pode trazer desfechos desfavoráveis. E com isso, destaca a relevância das atividades de educação em saúde no contexto do planejamento reprodutivo, tema presente nas falas de alguns profissionais de saúde. A comunicação eficaz entre equipe de saúde e usuárias é essencial para a integralidade do cuidado e a ausência de espaços e grupos voltados para a disseminação de informações pode resultar em consequências significativas para a saúde das mulheres, como demonstrado anteriormente, onde a falta de esclarecimentos entre interações medicamentosas provocou uma gravidez não planejada.

A carência de atividades educativas voltadas para o planejamento reprodutivo impossibilita a promoção em saúde, que é importante para sensibilizar a população sobre direitos sexuais e reprodutivos, o uso correto dos métodos contraceptivos, as contraindicações, as interações medicamentosas com tratamentos realizados concomitantemente, importância dos testes rápidos para detecção de infecções sexualmente transmissíveis. Essas ações favorecem que o indivíduo faça escolhas conscientes e promovam a sua autonomia e previne agravos à sua saúde.

Ao trabalhar na perspectiva das relações entre o cuidar e o educar, de forma conjunta, emerge um processo reflexivo que valoriza a autonomia e a corresponsabilização no cuidado com a saúde. Ainda que a educação em saúde esteja restrita a palestras ou grupos, assim como a consulta individual, identifica-se a necessidade de informação e comunicação. Assim, as interações entre usuárias no planejamento reprodutivo ampliam as possibilidades de promover

mudanças, transformando-as em protagonistas de seu próprio processo terapêutico (Teodoro et al, 2021).

Os profissionais de saúde justificam a inexistência de grupos educativos devido à alta demanda de atendimentos nas agendas e a ausência de recursos, como espaços adequados ou materiais informativos. Sendo assim, as consultas de planejamento reprodutivo se restringem às orientações individuais, o que limita o alcance da educação em saúde e impossibilita o compartilhamento de informações entre as usuárias. As falas a seguir ilustram essa realidade.

Não tem nenhum momento. É na consulta mesmo, a gente esclarece todos os métodos antes de prescrever. Não tem nenhum grupo, nem nada com relação a planejamento não, até pela questão da demanda da unidade, a gente não tem nenhuma programação, nenhum projeto para planejamento. (Entrevistada P1)

Não tem grupo. A gente não tem sala de reunião. A gente queria ter muitos grupos aqui, a gente não consegue fazer nenhum, a gente não tem espaço e na comunidade quando tem ações são em localidades mais distantes, a gente oferece também esse acesso. (Entrevistada P2)

As orientações ocorrem durante as consultas. A profissional relata que os profissionais não recebem mais os materiais informativos que recebiam da Prefeitura e que ajudavam na oferta de educação em saúde. (Entrevistada P3)

A gente faz a orientação na própria consulta. Eu faço assim na própria consulta. Todo mundo que chega, aí eu pergunto o que gostaria de usar. Falo das opções que tem e falo as contraindicações. A gente faz a avaliação do paciente e aí, o paciente que vai escolher o método dele de acordo com as informações que a gente oferece. (Entrevistada P6)

É mais na consulta, perguntando qual o método utiliza. E se não utilizar nenhum, procuro saber o que a pessoa deseja, vejo as contraindicações. Entendeu? (Entrevistada P8)

Que eu tenho vontade de fazer essa sala de espera. Porque eu acho que é uma carência na unidade. Apesar de ser uma unidade imensa, mas que tem carência de sala de espera, de eventos, in loco, porque acho que é por conta da demanda mesmo e pouco profissional. (Entrevistada P9)

De acordo com Rojas-Rojas, Pinto-Rosas e Quemba-Mesa(2023), o aconselhamento e a educação em saúde oferecidos pelos profissionais possibilitam uma reflexão sobre o uso consciente de contraceptivos e dessa forma, provoca o aprimoramento do planejamento reprodutivo da população. Além disso, estratégias como campanhas realizadas pela APS nos territórios podem complementar essas ações, fornecendo orientações sobre a ação, duração, eficácia e potenciais efeitos adversos de cada método.

Embora a ausência de atividades educativas estruturadas nas unidades de saúde gere um grande desafio para a promoção do planejamento reprodutivo, isso não impede que as equipes

se empenhem para preencher essa lacuna, mesmo que de forma pontual. Ações realizadas em momentos específicos são medidas que visam oferecer informações e cuidados e que evidenciam que os profissionais entendem a importância da educação em saúde e tentam, mesmo que de forma discreta e por vezes, descontinuada, oferecer essa estratégia aos seus usuários. A entrevistada P9 exemplifica esse esforço, mesmo frente a obstáculos estruturais:

Porque como não tem sala de espera ainda, elas acabam vindo para consulta, mas a gente nas ações, quando a gente faz. A paciente vem para ação, aí a gente vai oferecer os testes rápidos, procura saber quando foi que fez o último preventivo. Vê se tem alguma queixa no momento. Se está apresentando algum sintoma ginecológico. Aí pergunta quando foi o último preventivo. Se usa algum método e quantos filhos tem. A gente na verdade tenta acolher o paciente nesses eventos de uma certa forma, foram eventos pequenos, mas a gente acolheu bastante e identificou algumas pessoas que não usavam método, que desejavam sair de um método oral e ir para uma laqueadura e aí já faz toda a organização de orientação nas ações. Eu achei que deu para a gente conseguir alcançar algumas pessoas. (Entrevistada P9)

Dessa forma, mesmo que as ações educativas sejam esporádicas, as equipes têm demonstrado iniciativa para assegurar o direito dos usuários a informações sobre métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo. Esses eventos, mesmo que pequenos e limitados ainda, permitem o alcance da população, que se fosse de outra forma, não teria acesso a tais orientações.

Além da importância em relação à educação em saúde, é primordial que a gestão municipal tenha empenho em relação aos treinamentos voltados ao planejamento reprodutivo para os profissionais de saúde. Visto que para que a equipe possa prestar uma assistência de qualidade e promovam ações educativas de forma efetiva, é necessário que haja atualizações contínuas para que, por exemplo, os fluxos da rede de atenção sejam informados e as orientações sobre os caminhos que as usuárias vão percorrer sejam claros. As falas de algumas gestoras embasam esse tema:

É um cronograma e uma programação de vários treinamentos, que a gente tem uma oferta inclusive boa de treinamentos nas diversas áreas, mas não existe aquele cronograma específico com relação aos diversos atendimentos do cuidado ao ciclo de vida. A gente, como eu falei, tem uma série de ofertas, de testagem rápida para ISTs, de puericultura, a gente teve pré natal, que foi organizado e interrompido, mas que vai dar continuidade, atendimento à população LGBT, então uma série de treinamentos, mas com relação a saúde sexual e reprodutiva, mas especificamente em relação ao planejamento familiar, não. (Entrevistada G1)

A gente está em programação para fazer um planejamento, para fazer uma capacitação grande com os profissionais, principalmente os novos e dentro dessa programação, tem a questão da saúde reprodutiva também,

principalmente o fluxograma, que eu acho que é mais difícil saber como caminhar na rede. Então tem muito profissional novo, que não sabe. A gente tem serviço novo, como o CASM, que as pessoas, às vezes, não conhecem. Tem também um equipamento novo, que é a maternidade, que ainda tem muitas dúvidas. Então, assim, o nosso foco principal é o acesso, os fluxogramas de acesso dos métodos. (Entrevistada G3)

A Educação Permanente em Saúde, vai além de um método didático-pedagógico de aprendizagem no ambiente do trabalho, é uma decisão política que visa construir e produzir conhecimento teórico prático com engajamento social. Envolve de forma colaborativa estudantes, docentes, trabalhadores, gestores do SUS e comunidade, integrando o cuidado com a formação em saúde. Essa estratégia visa romper com os paradigmas tradicionais e tecnicistas do processo de ensino-aprendizagem em saúde, promovendo uma interação entre ensino, serviço e comunidade com uma abordagem problematizadora, coletiva e interdisciplinar (Jacobovski, Ferro, 2021).

Sendo assim, a educação permanente permite que os profissionais se mantenham atualizados, possibilitando que as informações repassadas às usuárias sejam coerentes e alinhadas com as melhores práticas e políticas de saúde reprodutiva. Dessa forma, é necessário que os gestores priorizem o planejamento reprodutivo, como tema de atualizações e debates entre as equipes de saúde, divulgando amplamente as informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, sobre os métodos e os fluxos de atendimentos e de encaminhamentos, que foi uma das pautas da fala de uma das gestoras:

Primeiro, a gente precisa ter uma equipe preparada, instrumentalizada para receber, acolher esses usuários e levar a informação, isso eu acho que é uma das barreiras. A gente pensa que as equipes precisam ter esse preparo e ter os instrumentos necessários para levar informação. Alguns fluxos estão sendo criados agora, eles estão sendo inclusive revistos e a gente não tem um fluxo, assim específico que fale sobre a oferta dos métodos contraceptivos, de como deve ser ofertado, qual o passo a passo para oferta desses métodos. (Entrevistada G1)

A fala da entrevistada G1 evidencia a ausência de fluxos claros para a oferta de métodos contraceptivos, ressaltando a importância de uma melhor organização desse processo dentro da rede de atenção à saúde. É imprescindível que haja fluxogramas bem estabelecidos para a saúde sexual e reprodutiva, pois a sua falta pode comprometer a integralidade, já que pode haver uma fragmentação da assistência, dificultando a oferta contínua e abrangente do cuidado.

Além disso, a ausência de fluxo coordenado afeta a regionalização e hierarquização, visto que a articulação entre os diferentes níveis de atenção - da Atenção Primária aos serviços de maior complexidade – fica sem eficácia e compromete o acesso das usuárias aos métodos contraceptivos, que estão disponíveis em outros pontos da rede.

Dessa forma, é evidente que os processos de referência e contrarreferência são indispensáveis para um bom funcionamento das RAS, sendo necessários para que cada nível de atenção à saúde desempenhe o seu papel e forneça uma assistência de qualidade ao usuário SUS. Atualmente, a inadequação desses processos resulta em um cuidado fragmentado, prejudicando tanto a atenção primária, que acaba repetindo ciclos de encaminhamento e exames, quanto à atenção especializada, que reinicia o atendimento ao paciente. Havendo uma descontinuação do cuidado, o que gera prejuízo ao sistema, com aumento de custos e sobrecarga de filas de espera, comprometendo a integralidade, e fornecendo uma assistência que não atende as necessidades da população (Marini, Ronchetti, Romero, 2024).

Percebe-se isso na oferta dos métodos de longa duração, como o DIU e a laqueadura. A inexistência de fluxos bem estabelecidos ou divulgados para os profissionais de saúde ficou evidente em algumas falas dos profissionais e é preciso conhecer bem a rede de serviços para fazer encaminhamentos seguros com orientação de qualidade, a fim de que o acesso à saúde reprodutiva seja garantido de fato.

Em relação ao dispositivo intrauterino, um dos discursos das profissionais de saúde mostra a evidência da necessidade de reorganizar o fluxo com o intuito de garantir tanto que a usuária tenha acesso aos exames solicitados previamente para a inserção, quanto para que a consulta de retorno para avaliação do procedimento seja garantida.

Em relação ao DIU, é preciso fazer anamnese, ver o que a paciente compreende sobre o método e se tem condições de ser inserido. No momento, vai reiniciar a inserção de DIU e precisa rever o fluxo porque necessita de USG após inserção do DIU e garantir a consulta de retorno com 1 semana, o que dificulta o acesso da paciente, por ainda não existir um fluxo estabelecido e existir uma necessidade de readequar a agenda para garantir esse retorno e a realização do exame. Há necessidade de reorganizar esse fluxo. (Entrevistada P3)

Além de reorganizar os fluxos, é necessário criar critérios para a inserção do DIU que não dificultem o acesso ao método. Segundo o Manual Técnico para profissionais de saúde – DIU com cobre T Cu 380 A (Brasil, 2018), a inserção pode ocorrer em qualquer dia do ciclo menstrual, desde que excluída gravidez, incluindo pós-parto ou pós abortamento imediato. É recomendado o exame ginecológico para avaliação do conteúdo vaginal, posição e volume

uterino e não deve ser vinculada à sua realização exames complementares, como ultrassonografia de rotina. Para inserir o dispositivo intrauterino sem que a mulher esteja menstruada é indicado a realização do teste rápido de gravidez.

A obrigatoriedade que a inserção do DIU seja realizada no período menstrual acaba restringindo o acesso ao método, isso porque nem sempre vai coincidir que a marcação da consulta para inserção do dispositivo seja quando a mulher esteja menstruada e embora, o serviço tente facilitar seu acesso e oriente a usuária a retornar quando ocorrer a menstruação, isso gera custos porque a mulher tem que ir a unidade mais de uma vez, de forma desnecessária e pode gerar desistência do método devido até a falta de condições financeiras ou por ter que faltar mais um dia no trabalho. Na fala da entrevistada G2, ela consegue perceber a dificuldade, embora não considere um impeditivo.

O que acontece na verdade, que assim na minha concepção acaba dificultando um pouco o processo é que os médicos, os ginecologistas aqui que fazem inserção de DIU, eles só fazem com a mulher menstruada e aí acontecer de coincidir a marcação com a menstruação da mulher não é uma realidade, mas a gente também tem uma flexibilidade do seguinte: a mulher vem, o médico vai avaliar os exames, vai orientar que assim que for menstruar, ela possa retornar nos dias de atendimento dele e ser encaixada como extra. Então assim, isso acaba não sendo impeditivo, só faz com que a mulher tenha que vir mais de uma vez, porque a gente realmente não tem como garantir que ela estará menstruada no dia que ela conseguiu agendar. (Entrevistada G2)

As desigualdades na assistência reprodutiva no SUS têm profundas consequências para a saúde das mulheres, principalmente as de baixa renda e que pertencem a grupos minoritários. Elas se apresentam desde a dificuldade em acessar os cuidados pré-natais adequados até as exigências para a realização de procedimentos contraceptivos definitivos. Ademais, barreiras sociais e econômicas intensificam essas disparidades, restringindo o acesso das usuárias a informações e aos serviços de saúde reprodutiva de qualidade (Militão, 2024).

Além disso, a vinculação da inserção do DIU a exames complementares, como ultrassonografia transvaginal de rotina também limita o acesso ao método, já que a demora na regulação é um dos temas que surge nos discursos de alguns profissionais de saúde não apenas para inserir o dispositivo, mas também para realização dos exames pré-operatórios para a laqueadura e a consulta com o especialista, como pode ser exemplificado nos trechos abaixo:

Tem dificuldade, porque primeiro, os exames pré-operatórios têm que fazer, então tem uma certa dificuldade no município com relação ao exame e depois que ela faz todo o fluxo na unidade, ela vai para regulação. Aí, tem que esperar também marcação com cirurgia. (Entrevistada P1)

E as outras mulheres têm dificuldade com os exames de imagem. Uma transvaginal que não está conseguindo, a fila está imensa, elas não têm condição de fazer e aí deixam de colocar o DIU que seria um método interessante. Vamos dizer assim, pela questão do tempo de troca. Não está fazendo. E assim outra, tem mulheres que realmente não poderiam fazer o uso do anticoncepcional hormonal, que seria uma opção e a gente não pode abraçar esse método por conta da dificuldade de acesso dos exames que preciso, que antecedem a realização da inserção do DIU. (Entrevistada P6)

Segundo Barreto *et al* (2021), a falta de conhecimento sobre os critérios de elegibilidade do DIU, o excesso de exames solicitados, o período de espera prolongado para realizá-los, a falta de conhecimento e atualizações com os profissionais de saúde são barreiras que prejudicam a ampliação do dispositivo intrauterino de cobre.

O fato da inserção do DIU ser feita apenas por ginecologistas na rede de atenção do município de Camaçari também dificulta o acesso ao método, já que restringe a oferta apenas a esses profissionais de saúde. O Parecer de Conselheiro Federal nº 278/2017/COFEN conclui que não há impedimento legal para que o enfermeiro realize Consulta de Enfermagem no acompanhamento do planejamento familiar e indique, insira ou retire o dispositivo intrauterino, desde que esteja devidamente treinado para execução desta técnica. Entretanto, apesar dessa possibilidade para ampliar a quantidade de profissionais competentes e habilitados para aumentar e proporcionar maior divulgação da oferta deste método contraceptivo, essa ainda não é a realidade do município (COFEN, 2017). A entrevistada G2 relata em sua fala:

[...]aqui é feito apenas por ginecologista, porque a gente não tem outra categoria que faça isso no serviço, é basicamente feita por ginecologista. (Entrevistada G2)

Essa limitação de profissionais de saúde qualificados para realizar esse procedimento resulta numa restrição da oferta do DIU e, conseqüentemente, em barreiras para que as usuárias tenham acesso ao planejamento reprodutivo e aos métodos contraceptivos de sua escolha.

Destaca-se a importância da atuação do enfermeiro na inserção de DIU e sua contribuição para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, desde a atenção primária até o nível hospitalar. Para isso, é fundamental ampliar a oferta de cursos para esses profissionais, com o intuito de beneficiar tanto a sociedade, com o aumento da disponibilidade de um método contraceptivo de longo prazo, quanto os serviços de saúde, promovendo um atendimento de qualidade e segurança e descentralizando essa prática de uma única categoria profissional (Trigueiro *et al*, 2021).

Já em relação ao outro método de longa duração, a laqueadura, houve mudanças na

esterilização cirúrgica propostas pela Lei nº 14.443/ 2022, que altera a Lei nº 9.263/1996. É perceptível os avanços para as mulheres com as modificações da nova legislação, tais como a eliminação da necessidade de consentimento do cônjuge, o que garante autonomia sobre os seus corpos e decisões reprodutivas; a diminuição da idade mínima para se submeter ao procedimento; e a possibilidade da realização da laqueadura após o parto ou aborto, o que impede burocracias e longas esperas a usuária.

No entanto, é necessário que haja um aconselhamento seguro no momento da oferta da laqueadura, orientando a mulher sobre todas as outras opções contraceptivas, favorecendo que a escolha seja consciente e informada e não influenciada pelas pressões sociais e/ou econômicas.

De acordo com Menaguali (2024) afirma que as alterações decorrentes da Lei 14.443/22 garantem autonomia da mulher e reduz a idade para escolha da laqueadura. Isso irá favorecer a realização do procedimento, o que exige maior atenção das equipes de planejamento reprodutivo nas explicações sobre o método, no esclarecimento de dúvidas e na taxa de falhas, necessitando abordar sobre arrependimentos e possibilidades de reversão. A escolha consciente está atrelada a um bom aconselhamento dos profissionais e o comprometimento com os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens.

Todavia identificam-se nos discursos de alguns entrevistados impasses em relação às mudanças ocorridas com a esterilização cirúrgica, o que gera o descumprimento em relação a oferta da laqueadura, principalmente quando realizada no intraparto. Algumas profissionais de saúde entrevistadas até relatam que as usuárias encaminhadas, que não estejam grávidas, conseguiram fazer os procedimentos para esterilização, porém as usuárias que têm parto normal não estão conseguindo acessar esse serviço no município, como ilustrado abaixo:

[...] com relação a intraparto é porque existe um protocolo na maternidade, que só vai fazer, se tiver indicação de cesariana. Tem muitas mulheres, a demanda é grande. Mulher que quer fazer no parto, até porque para elas é só um pós-operatório diante da dificuldade de ter uma criança para cuidar. Então, elas procuram até muito mais do que os outros métodos. Elas procuram bastante, mas tem essa questão, se for parto vaginal, elas vão ter que retornar depois para poder fazer o procedimento. (Entrevistada P1)

Tanto a laqueadura quanto a vasectomia, desde que começou o programa fila zero, todos os pacientes que a gente tem encaminhado, que não está gestante, que vai para o hospital do polo, tem conseguido fazer laqueadura e vasectomia. E as do parto, quem pare cesárea, tem conseguido. Se o parto for normal, aqui em Camaçari pelo menos, elas não estão conseguindo. Quem foi parir em Salvador, mesmo normal, conseguiu fazer a laqueadura. (Entrevistada P2)

Não, a gente ainda tem dificuldade, a gente está encaminhando, mas assim tem a questão do parto normal, que elas reclamam, gera uma ansiedade, cria uma expectativa e chega na hora, aí eu paciente não pode fazer porque o parto foi normal. Então assim, aí a pessoa vai esperar ter outro parto, outra cesárea ou depois de um parto se submeter a uma cirurgia, mas outro período para poder fazer outro intervalo para realmente fazer a cirurgia. É realmente desumanizado. [...] uma me relatou que não fez a esterilização porque o médico esqueceu, ou seja, a profissional fez toda a documentação, fez tudo certo, correu atrás, chegou na hora, teve essa decepção, ela não conseguiu fazer. Tivemos outros casos também, que fizeram a esterilização e não teve o registro. Então a paciente fica sem saber se realmente, ela fez a cirurgia. O exame para poder fazer para detectar se realmente foi feito é muito caro, não sei nem se tem no SUS para poder fazer e a pessoa fica sem saber. Está usando métodos sem que na verdade poderia até não precisar. É um fluxo que precisa ser melhorado. Me parece que os profissionais da maternidade não têm o conhecimento ou não querem fazer, não sei o que acontece. Porque alguns, a gente encaminha para fazer e não estão tendo esse retorno da gente. No caso das mulheres, na laqueadura intraparto. (Entrevistada P6)

Eu percebo que elas estão conseguindo fazer. Mas acredito que deveria ser feito até para as que fazem parto vaginal também, porque o útero está maior. Acaba facilitando a cirurgia, evita a paciente precisar retornar ao hospital para fazer uma outra cirurgia. Aproveitar o momento. Ter uma recuperação só do parto, da cirurgia. Acho que deveria facilitar esse fluxo. (Entrevistada P8)

É preciso ter ciência que a legislação não impõe nenhum empecilho em relação à realização da esterilização no intraparto vaginal. Isso revela, que as mulheres têm o direito de optar pela laqueadura durante o parto normal, sem que exista obstáculos que impeçam essa escolha. Entretanto, na prática, vários fatores podem influenciar na efetivação desse direito, tais como a falta de orientação adequada por parte da equipe de saúde e a inexistência de diretrizes bem definidas nas instituições de saúde.

Esses impasses podem frustrar as expectativas das usuárias, que têm a incerteza do acesso a esse método contraceptivo até o momento do parto, o que demonstra a necessidade de promover melhorias na implementação das políticas públicas direcionadas à saúde reprodutiva. O discurso da entrevistada G5 mostra a fragilidade da rede de atenção, evidenciando a ausência de um protocolo claro.

Se elas não são daqui, só na hora do parto, que elas sabem se vão fazer ou não. Mas assim, se ela traz tudo, ok, está tudo certinho com ela, não tem por que não fazer. (Entrevistada G5)

Entretanto, há possibilidade de um acolhimento dessa mulher antes do parto para avaliar suas condições clínicas e a viabilidade de realizar a esterilização no intraparto independente se for vaginal ou cesáreo, diminuindo a ansiedade e inseguranças quanto a realização do procedimento. Em Camaçari há a oferta da visita de vinculação na maternidade, o que permite

que a gestante e um acompanhante façam uma visita dirigida pelas dependências da instituição para conhecer todo o percurso que fará na sua internação para parir. A gestora 5, em seu depoimento da possibilidade de existir um momento que acolha esse desejo da mulher pela laqueadura intraparto.

[...] ver uma forma junto com o município da gente saber quem são essas mulheres que tem essa possibilidade de fazer a laqueadura e a gente está tentando fazer aí um acolhimento. Nem que seja através de uma roda de conversa. Eu vou ver como é que a gente pode estar fazendo isso. Eu vou levar para minha diretoria, para depois então a gente sentar com o município. (Entrevistada G5)

Os métodos de longa duração necessitam de encaminhamento para outros locais da rede de atenção à saúde para serem realizados. A coordenação do cuidado, que é primordial na Atenção Primária, fica prejudicada sem uma estrutura bem definida e protocolos claros para guiar os profissionais. Isso resulta em descontinuidade do acompanhamento adequado das usuárias no planejamento reprodutivo, gerando lacunas na assistência.

Com relação aos tipos de métodos disponíveis, já vimos as questões que surgiram sobre os fluxos da oferta do DIU e da laqueadura, que são métodos de longa duração. Quando foram indagados sobre as opções contraceptivas oferecidas no município, os profissionais de saúde, em geral, mostraram-se cientes das formas de contracepção existentes, o que é fundamental para a oferta adequada para as usuárias na consulta de planejamento reprodutivo.

Os métodos hormonais, injetáveis, oral, o preservativo, o encaminhamento para laqueadura e para a inserção de DIU, que não está inserindo na unidade, estão sendo encaminhado para fora e a orientação de método natural, se for do interesse da paciente. (Entrevistada P2)

Disponível sempre, eu tenho algum injetável mensal e trimestral, o preservativo acaba faltando e oral também falta muito. Eu tenho todas essas, esterilização, DIU, só que eu posso contar sempre injetável trimestral e mensal. (Entrevistada P5)

Ciclo 21, pílula combinada só tem o ciclo 21, tem a injeção mensal, trimestral, pílula de emergência que não tem, o DIU de cobre, a laqueadura e a camisinha. (Entrevistada P6)

[...] Acho que os métodos que têm disponíveis são os métodos de barreira, o condon, tem uns hormonais, a pílula, que é o ciclo 21. Tem os injetáveis, mensal e trimestral, a laqueadura, o DIU que tem, mas eu sinto que não funciona tão bem assim. Eu acho que é mais isso mesmo, eu sinto falta do DIU. (Entrevistada P8)

No momento, a gente tem os injetáveis, o trimestral e o mensal. E temos um tipo de pílula, eu acho. Só que inclusive a gente quase não usa. Porque sempre está em falta. É mais, na verdade, a grande maioria dos pacientes são

injetáveis. E a questão do DIU, a gente tem essa facilidade porque a gente tem na unidade ginecologista que dispõe de colocar o DIU. Então de uma certa forma, a gente atende a demanda. (Entrevistada P9)

Percebe-se nas falas dos entrevistados, que há uma variedade de métodos contraceptivos, incluindo os de curta e longa duração. Entretanto, também é observado a constante preocupação dos profissionais de saúde com a disponibilidade de todas as opções existentes na rede. Alguns entrevistados expuseram a falta frequente de alguns contraceptivos, o que implica no acesso efetivo das usuárias ao planejamento reprodutivo.

O SUS fornece gratuitamente preservativo feminino e masculino, pílula oral, minipílula, injetável mensal e trimestral, DIU, pílula anticoncepcional de emergência, diafragma, anéis medidores, além da oferta da esterilização, que são a laqueação e a vasectomia (Almeida e Assis, 2017).

Observa-se que apesar dos profissionais de saúde demonstrarem conhecimento sobre as opções disponíveis, a oferta aponta lacunas que necessitam ser abordadas pela gestão para que o município possa garantir uma assistência integral e de qualidade, evitando que as usuárias tenham gastos com métodos contraceptivos que deveriam ser ofertados pelo Estado. Os discursos abaixo evidenciam a falta de alguns métodos:

Às vezes, tem alguma falta na rede, mas ultimamente não tem tido não do método hormonal, mas assim tipo a camisinha está em falta, no momento. (Entrevistada P1)

É comum faltar, qualquer um deles pode faltar, que são os que a gente disponibiliza na farmácia básica. Os anticoncepcionais hormonais, injetável mensal e trimestral e o oral, eles não têm uma constância tão regular. Às vezes, falta e aí se a paciente não tiver condição de fazer a compra particular, ela fica sem. E a questão do DIU também, o acesso está muito difícil. (Entrevistada P2)

Os serviços de saúde reprodutiva precisam garantir o acesso ao planejamento reprodutivo, a oferta adequada de métodos e profissionais qualificados, porque a interrupção do fornecimento dos contraceptivos impacta negativamente a saúde das mulheres, colocando em risco aquelas que dependem do atendimento em diferentes regiões do Brasil (Guedes, Raimundo e Silvia, 2021).

Surgiu também em uma das falas das entrevistadas, a necessidade de aumentar a quantidade de métodos disponíveis na rede, isso porque não tem muita opção de substituição caso a mulher tenha alguma contraindicação ou não se adapte ao contraceptivo indicado, principalmente em alguns ciclos da vida como a adolescência e a menopausa. Isso pode resultar

em custos para as usuárias, pois além das faltas que acontecem nos estoques da farmácia básica, ainda tem a possibilidade de não ter um método adequado para a prescrição segura e devido às condições socioeconômicas, nem sempre a clientela consegue adquirir os medicamentos por conta própria, o que pode favorecer o abandono do planejamento reprodutivo e a gravidez não planejada. A entrevistada P6 retrata isso em sua fala:

Eu acho que não atende. A gente tem dificuldade muito grande, por exemplo, na adolescência. A gente não deveria estar utilizando, por exemplo, o trimestral. Só que assim, a gente procura usar mais o noregyna, a depender da idade, pode até usar o trimestral, só que assim, às vezes, tem acontecido muito de a mulher ter hemorragia. Acontece muito com adolescentes e assim é difícil, a gente substituir porque não tem muita opção. Então deveria ter mais oferta de injetáveis mensal e trimestral e também da pílula combinada, que seria o adequado para eles. Deveria ter pílula também para adolescência e na pré menopausa. A gente não tem essa variedade para poder estar diante das dificuldades, de uma falta de adaptação, de hemorragia, de uma trombose que a pessoa tem, uma contraindicação, a gente não tem muito o que ofertar dentro dos métodos que são oferecidos e às vezes, ainda falta. Aí, a gente fica sem ter disponibilidade na farmácia e por mais que seja barato, o paciente não tem condição de comprar. (Entrevistada P6)

Os profissionais demonstram conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis, mas a realidade da oferta aponta lacunas que necessitam ser abordadas para garantir uma assistência mais eficiente e completa. Essa circunstância salienta a importância de um gerenciamento adequado dos insumos e da organização do fluxo de atendimento, com o intuito de garantir que todas as usuárias tenham acesso a um planejamento reprodutivo de qualidade, com oferta apropriada de métodos.

Para que isso aconteça, é necessário que exista o fluxo de aquisição dos métodos contraceptivos através das licitações com as responsabilidades correspondentes entre Estado e Município e que as equipes conheçam os seus territórios de abrangência e solicitem os métodos contraceptivos de acordo com a necessidade da sua população adscrita, evitando faltas, devido a solicitação menor do que a sua necessidade. Gestoras em seus discursos falaram sobre esse fluxo de aquisição e solicitação dos métodos.

[...]o município, ele faz as licitações dos métodos junto com os medicamentos, que são ofertados nas unidades de saúde. Esses métodos, eles são comprados e a parcela que é de responsabilidade do Estado, o município também se organiza conforme o calendário do Estado de liberação, busca esses métodos lá junto com outros medicamentos que fazem parte do elenco também de liberação do Estado e a partir daí, e de uma central que é a coordenação de assistência farmacêutica, esses insumos são distribuídos para as unidades conforme o pedido, que é feito pela unidade. E aí, esse pedido deve ser feito de acordo com a necessidade do território, o número de pessoas, faz uma

previsão do uso e faz a solicitação. E essa entrega é feita juntamente com os outros medicamentos da farmácia básica. Então é feita essa entrega de uma forma sistemática e regular também. (Entrevistada G1)

O pedido é descentralizado. Cada unidade de saúde, conforme a sua população, mulheres em idade fértil, cada gerente tem seu método, farmacêutico também, então dependendo da demanda de mulheres em idade fértil ou da procura por determinado medicamento, eles pedem diretamente à farmácia. Então cada um, faz seu pedido à farmácia central do município, que faz a distribuição. (Entrevistada G3)

No entanto, ainda não há um instrumento que avalie se a oferta de métodos contraceptivos solicitados atende adequadamente a demanda de cada território. Isso ocorre porque o sistema utilizado pela farmácia registra apenas as receitas atendidas, não levando em consideração as solicitações não supridas. Seria interessante que o município adotasse um sistema que permitisse avaliar não apenas a previsão do estoque, mas que também conseguisse averiguar a correspondência entre oferta e demanda, de forma que fosse possível identificar eventuais lacunas e assegurar que as usuárias tivessem os métodos escolhidos. Abaixo vemos discursos de gestoras que retratam a ausência de um instrumento de avaliação.

[...] Isso a gente não tem, inclusive nós havíamos conversado, há uns meses, de como é feita a previsão dos métodos contraceptivos. A coordenação de assistência farmacêutica faz uma previsão com base populacional. Mas esse instrumento de avaliação, eu posso estar enganada e pode também não ser do meu conhecimento, eu desconheço a existência de um instrumento que avalie se de fato aquela quantidade que a gente fez a previsão, ela é suficiente para atender a demanda do município. E se essa oferta nas diversas unidades, ela é compatível com o território. Então pelo menos, eu no meu ponto de trabalho, nunca participei de uma avaliação nesse sentido e nós estávamos falando outro dia sobre essa questão com a farmacêutica de referência, de como a gente pode avaliar, se primeiro as unidades estão recebendo o quantitativo suficiente para atender a sua demanda e se a gente faz a previsão do que é necessário para atender a demanda. (Entrevistada G1)

Nós temos um registro de uma planilha das receitas, das prescrições atendidas, mas aquelas receitas que porventura ocorreu uma falta, esse registro, eu não tenho, porque acabam só computando os atendimentos realizados. (Entrevista G4)

Percebe-se que as dimensões técnicas e organizacionais se interconectam e por isso, mesmo ao trazer questionamentos da dimensão técnica, aparecem aspectos da organizacional. Isso porque a eficácia das práticas está intimamente ligada a forma como os serviços estão organizados e estruturados. Essa integração é importante para que a rede de atenção preste uma assistência de qualidade.

4.3 DESAFIOS ORGANIZACIONAIS NO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A dimensão organizacional sustenta-se na capacidade dos serviços em dar respostas positivas aos problemas dos usuários. Para tornar isso possível é fundamental o fortalecimento da APS, enquanto local privilegiado de acesso ao sistema de saúde. Para tanto, faz-se necessário organizar os fluxos de atendimento de acordo com as necessidades epidemiológicas, sanitárias e sociais. Ademais, a regulação tem o dever de garantir uma assistência adequada e de qualidade desde a Atenção Primária a alta complexidade, diminuindo barreiras geográficas e articulando através da referência e contrarreferências às práticas de cuidado no SUS.

Quando questionamos as usuárias sobre a dimensão organizacional no acesso à saúde reprodutiva emergiram temas sobre falta de medicamentos, falha no método, demora no atendimento, troca de medicação devido a falha da rede, falta de comunicação entre equipe e usuária, demora no atendimento, instabilidade da rede de internet, necessidade de garantir direito a esterilização, rede com fluxos frágeis, falta de conhecimento em relação ao método, despesa desnecessária da usuária, aprovação do atendimento ofertado, garantia dos métodos, facilidade de atendimento do planejamento reprodutivo, dificuldade de acesso para marcação de consulta de planejamento reprodutivo e exames.

Os profissionais de saúde, por sua vez, discorreram sobre falta de acolhimento da demanda espontânea (acesso avançado), ausência de protocolo municipal para atendimento de planejamento reprodutivo, acolhimento das usuárias pela equipe, desconhecimento do fluxo de atendimento do planejamento reprodutivo, descumprimento da lei da laqueadura, ausência de protocolo municipal para atendimento do planejamento reprodutivo, utilização dos cadernos do ministério da saúde, oferta dos métodos disponíveis e necessidade de padronizar o uso do prontuário eletrônico.

Os gestores comentaram em seus discursos sobre saúde sexual e reprodutiva como direito, instrumentalizar as equipes - educação permanente, vínculos frágeis, desabastecimento de métodos, entendimento do fluxo por parte dos profissionais, utilização do acesso avançado, referências para a média complexidade, incerteza de retorno ao serviço por parte dos usuários, dificuldade na regulação, fluxo de acordo com portarias MS, tipos de métodos disponíveis, oferta suficiente de métodos, descumprimento da lei da esterilização - laqueadura, bom vínculo entre Estado e município e necessidade de ampliação do DIU.

Percebe-se que a categoria organizacional diz respeito à forma como os recursos, processos e fluxos de trabalho estão arrançados na RAS a fim de assegurar uma oferta eficiente

dos serviços. E a regulação é responsável pela capacidade do sistema de gerenciar as solicitações de exames e consultas, com o intuito de reduzir as longas esperas que comprometem a continuidade da assistência.

Observa-se nas falas de algumas usuárias, uma crítica à morosidade da regulação, que se apresenta como um problema estrutural do sistema de saúde, independentemente de estar relacionada à saúde sexual e reprodutiva. Essa lentidão aponta uma falha na coordenação do cuidado, porque a demora no agendamento de exames envolve a inutilização dos resultados durante as consultas, o que resulta na inviabilização do atendimento adequado e prejudica o acesso ao serviço. Como fica claro nos depoimentos abaixo:

Regulação, porque, às vezes, a gente coloca um exame e demora muito para chamar. Agora mesmo, eu fiz uns exames. Fiz em dezembro, quer dizer tinha mais de seis meses, quando fui entregar para médica, já não valia mais. Isso assim poderia melhorar a regulação. Quando a gente colocar um exame não demorar muito para chamar. (Entrevistada U1)

Eu acho assim mais por conta da demora para você fazer algum procedimento. Eu mesmo estou na fila, estou na espera para fazer o exame de laboratório que vai fazer 2 meses. Minha mãe para conseguir fazer um exame de laboratório foi 3 meses e tipo quando vai fazer meio que já não serve mais para mostrar ao médico porque tem que remarcar tudo de novo. Aí, aquela burocracia de sempre. (Entrevistada U3)

Não, está na luta ainda. Na fila zero. Está na luta da regulação. (Entrevistada U6)

O modelo de regulação preconizado coloca a APS como porta de entrada preferencial, destacando a unidade básica de saúde como ordenadora da RAS e concomitantemente, como coordenadora do cuidado da população. Já a atenção especializada é responsabilizada por prover a assistência complementar, com a intenção de assegurar a integralidade, atendendo a demandas específicas e diminuindo os riscos à saúde dos usuários do sistema. (Brasil, 2006).

Em estudo feito por Farias, *et al* (2019) na Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo observou-se que o tempo de espera gera ineficiência, além de gastos desnecessários ao sistema de saúde. Ainda que sejam feitas iniciativas voltadas à otimização da capacidade instalada dos municípios, as esperas e atrasos muitas vezes estão mais ligados a problemas organizacionais do que à escassez de recursos. Por isso, torna-se fundamental entender o que ocorre com os usuários durante a fase de espera.

Percebe-se que a dificuldade na regulação pode, inclusive, afetar na escolha do método contraceptivo, limitando a autonomia das usuárias. Os obstáculos da rede de atenção para acessar o DIU foram os empecilhos para que uma das entrevistadas optasse por continuar com

anticoncepcional injetável, que já lhe é familiar e de mais fácil acesso. Ficando evidente que a escolha não foi baseada em suas preferências pessoais combinadas com as informações recebidas acerca da contracepção, mas apoiada nas barreiras organizacionais impostas pelo sistema de saúde.

Eu fico mais assim ouvindo o que as pessoas falam. Mas só que eu vejo umas meninas falando que é bem difícil de conseguir para eles colocarem o DIU. E que demora um pouco, tem que ficar esperando na fila para poder colocar. E aí, eu prefiro não esperar para colocar o DIU e continuar com a injeção que eu já estou acostumada a tomar. (Entrevistada U9)

Entender os fatores que podem influenciar no interesse das usuárias por um determinado método contraceptivo, considerando todos os seus benefícios, ajuda a identificar a melhor abordagem e as possíveis falhas assistenciais, além de proporcionar uma visão mais aprofundada sobre o contexto das mulheres e suas perspectivas sobre saúde reprodutiva e sexual (Nogueira, Ferreira e Medeiros, 2023).

Há também uma barreira organizacional relacionada à exigência de exames recentes para o acesso a alguns métodos contraceptivos, como é o caso do DIU. Esse fato expõe um fluxo que dificulta o acesso da usuária ao planejamento reprodutivo e revela a fragilidade do sistema de saúde em assegurar que o sistema de regulação seja mais responsivo às necessidades da população. Como demonstrado no relato a seguir:

Se já tiver um ano, eles vão querer solicitar novamente o exame até porque pode ter tido alguma mudança no útero, você pode estar com mioma ou cisto, uma coisa que possa atrapalhar ou prejudicar por conta da inserção do DIU e aí, o ideal é que o exame seja justamente até três meses. O que acaba sendo uma dificuldade também, porque a gente sabe que a rede não oferta exame dessa forma. (Entrevistada G2)

O DIU é um método contraceptivo eficaz de longo prazo e com custo acessível para o sistema de saúde, apesar disso, ainda é pouco utilizado na APS. Foram identificadas algumas barreiras de acesso, tais como a exigência de indicação médica e a obrigatoriedade de realização de exames preliminares para a inserção, muitas vezes, sem necessidade (Barreto, *et al*, 2021).

Há também necessidade de aprimorar o acesso às consultas de planejamento reprodutivo nas unidades de saúde da família. Algumas usuárias relataram empecilhos para agendar o atendimento em tempo hábil, o que afeta diretamente o acesso aos métodos. A dificuldade nos agendamentos compromete a manutenção do contraceptivo escolhido, já que, em algumas ocasiões, quando a marcação é realizada, o método está em falta na unidade, forçando as usuárias a optarem por outra alternativa ou fazendo com que elas tenham gastos desnecessários

e tenham que comprar. Ou ainda, expõem elas ao risco de uma gravidez não desejada, interferindo na autonomia dos seus corpos.

Sempre tem algum imprevisto. Se não é pela falta do medicamento, é pela dificuldade, por exemplo, para você trocar uma receita. Eu mesmo para trocar uma receita, eu tive que marcar para o próximo mês. Fiquei um mês sem tomar nada. Aí, no dia que eu vim tomar, quando se passou esse mês, não tinha o que era para eu tomar. Tive que trocar para a injeção de 3 meses. Aí, você fica meio desregularizado. Fica o tempo todo trocando para não ficar sem. Porque não tinha a de um mês. (Entrevistada U3)

Depende, viu? Às vezes, demora porque diz que tem muita gente na frente e aí marca para o outro mês. Aí, já fica sem aquele medicamento ou então eu compro. (Entrevistada U4)

Depende. Como eu vim hoje mesmo, marcou dia 03, então só vai marcar dia 03 do mês que vem. Quando vem de manhã, tem mais de 50 pessoas. Algumas conseguem marcar para daqui há um mês, a outra para daqui há três meses, daqui há 4 meses, aí vai. (Entrevistada U6)

Porque, às vezes, eu tenho que ficar esperando. Aí, às vezes passa da data de eu tomar a vacina e como tem sempre que renovar a receita. Aí, às vezes, não consegue marcar assim para perto, para o dia de tomar. Eu evito ter relação. Não tenho relação. Fico esperando até o dia deles conseguirem marcar uma consulta para mim, para eu poder renovar e tomar minha injeção. (Entrevistada U9)

A demora para ser atendida também foi uma questão levantada por uma das usuárias. Sendo relatado que embora haja um horário de agendamento da consulta de planejamento reprodutivo, essa marcação ainda acontece por ordem de chegada e isso implica em perder tempo na unidade de saúde aguardando atendimento por causa da quantidade de pessoas agendadas para aquele período.

Demora muito para ser atendida. Ela marcou 8:30, eu vim sair daqui uma hora da tarde. Porque eu acho que eles atendem por ordem de chegada, e aí, mesmo eu estando 8:30 marcada, você chegou aqui às 8:30, já tem dez pessoas na sua frente. (Entrevistada U2)

De acordo com estudo de Melo *et al* (2021), a facilidade para o agendamento de consultas, o acesso no agravamento de saúde e o tempo de espera para atendimento foram considerados insatisfatórios por mais de 50% dos participantes. Torna-se necessário reavaliar o planejamento das ações e serviços para assistir o território adscrito considerando as suas particularidades.

Sendo assim, constata-se que há uma deficiência estrutural na regulação de exames e consultas, o que deixa evidente a necessidade de melhorar a agilidade na marcação e execução

dos procedimentos solicitados, otimizar os recursos humanos e materiais, e criar fluxos e protocolos que garantam uma resposta rápida e eficaz às demandas dos usuários.

Pensando na complexidade dos serviços de saúde, a sua organização perpassa a necessidade de previsão e provisão adequada de métodos contraceptivos. Nota-se o quanto a falta de medicamentos interfere no acesso ao planejamento reprodutivo para as usuárias do SUS, pois devido a dificuldades socioeconômicas, nem sempre as usuárias conseguem comprar os medicamentos, quando estão em falta na unidade e por vezes, precisam modificar suas escolhas para se adequar às falhas do sistema.

Só o mês passado que não tinha e a gente comprou. (Entrevistada U1)

Ela no dia da consulta passa a receita. E aí, ela falou para eu pegar, só que quando eu sair da consulta. Quando fui pegar, não tinha. Só tinha a de três meses. Aí, como não podia trocar a minha para três meses, eu vim tomar agora. Tomei hoje. (Entrevistada U2)

Tipo, às vezes, ela mesmo liga e não tem. Aí, para não ficar sem, não correr o risco, a gente prefere trocar mais uma vez para a de três meses. (Entrevistada U3)

Eu compro. A maioria sempre compra e vem aqui só para eles aplicarem. (Entrevistada U6)

Conforme lembra Brandão (2019), a introdução de uma variedade de oferta de métodos na rede pública de serviços de saúde amplia as possibilidades de assistência às diferentes demandas das usuárias. Ocorrendo o contrário, as mulheres se veem obrigadas a comprar contraceptivos em farmácias particulares, perdendo assim o acompanhamento e a orientação adequada por parte dos profissionais.

Durante a observação na farmácia, a pesquisadora constatou que alguns medicamentos não foram dispensados devido à falta de estoque no município, embora não fossem necessariamente relacionados ao planejamento reprodutivo. Em uma das unidades, também foi notada a ausência de preservativos.

Apesar disso, algumas gestoras relatam que todos os contraceptivos estão disponíveis nas unidades da Atenção Primária e que desabastecimentos pontuais podem ocorrer devido a questões organizacionais de determinados serviços. Como demonstram os relatos abaixo:

Outra questão que fala sobre essa logística, é que a gente pode encontrar o desabastecimento, muitas vezes, de alguns métodos por questões de organização. No momento, todos os métodos estão disponíveis para as unidades da atenção primária, mas momento ou outro, a gente pode encontrar desabastecimento por conta de uma logística, ou muitas vezes, pela organização de determinados serviços, que são pontos de referência, e que

muitas vezes, os fluxos que deveriam ser seguidos conforme descrito não estão sendo seguidos como foram organizados e isso gera uma barreira de acesso para o usuário. (Entrevistada G1)

Os mais procurados são os contraceptivos orais ou os injetáveis, mas o município também fornece o DIU. Não temos nenhuma falta hoje no estoque. Tem preservativo e o lubrificante também. (Entrevistada G4)

Embora exista a queixa da falta de medicamentos relacionados ao planejamento reprodutivo, que impacta negativamente a vida das usuárias, em alguns depoimentos percebe-se a aprovação do atendimento ofertado e o relato de que conseguem ter acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na rede.

Eu acho que é bom. Consigo marcar tranquilamente. (Entrevistada U5)

Para mim mesmo, não tenho o que reclamar não. Muito bom. Há três anos, só pego aqui. Sempre, nunca faltou. (Entrevistada U7)

Rapaz, para mim até agora tudo ótimo. (Entrevistada U8)

Eu acho bom. Porque eu que uso o método, eu acho bom assim, eles oferecerem para a gente de graça. A gente não tem que comprar. É, aí eu acho bom assim, porque para quem não tem condições de comprar. Aí, eles já oferecem de graça, né? Como eu sou de 3 em 3 meses, todas as vezes que eu venho, tem. (Entrevistada U9)

A pesquisa de Cantalino, *et al* (2021) que estudou a satisfação dos usuários em relação aos serviços de APS no Brasil mostrou que quanto à qualidade do atendimento, os usuários satisfeitos com o serviço de saúde e que indicariam a outras pessoas são aqueles que percebem que a equipe é empenhada para resolver as suas demandas. Também destacam a privacidade no consultório, a clareza das orientações sobre cuidados de saúde, o respeito dos profissionais pelos seus costumes e cultura, o tempo adequado das consultas, e a facilidade de comunicação, conseguindo esclarecer dúvidas e discutir resultados de exames. Porém o próprio estudo traz como limitação o fato de no processo de seleção dos entrevistados ser considerado apenas a opinião do grupo que conseguiu acesso à assistência.

Mesmo com alguns depoimentos positivos sobre o atendimento ofertado, houve também um relato sobre a falha do método. O que pode causar consequências significativas na vida das mulheres, como uma gravidez não planejada. Além de gerar desconfiças em relação a contraceptivos específicos ou até mesmo ao planejamento reprodutivo, podendo oferecer riscos à saúde das usuárias, principalmente em situações de múltiplas cesárias. O relato abaixo da entrevistada U1 exemplifica o impacto de confiar em um método e ele falhar, mostrando a importância de garantir opções para a contracepção que sejam seguras e eficazes:

Não, porque eu era ligada e engravidei. E aí, eu já passei praticamente por cinco cesariana. Não tenho interesse em ligadura não. (Entrevistada U1)

O depoimento ilustra o impacto físico e emocional de confiar em um método que apresentou falha, trazendo à tona a importância de garantir que os métodos contraceptivos sejam seguros e eficazes.

No entanto, as falhas no planejamento reprodutivo não se limitam apenas aos métodos utilizados, mas também à forma como os serviços de saúde estão organizados na RAS. A falta de clareza ou desconhecimento dos fluxos por parte dos profissionais de saúde atrelada a comunicação inadequada entre equipe e usuárias expõe lacunas na organização da rede, que pode causar realização de exames desnecessários por falta de informação, o que gera custos indevidos a população e pode comprometer a eficiência dos serviços. A entrevistada U3 relata a sua insatisfação por não ser bem orientada na tentativa de acesso ao contraceptivo.

Eu vou dizer assim que foi mais uma falta de comunicação interna deles mesmo. Porque eu quando cheguei aqui, pedi o papel, o termo e a médica disse que eu tinha que fazer certos exames que iria precisar. Ah, é para agilizar o processo. Aí, eu corri para fazer os exames. Fiz particular para poder chegar no dia da consulta com um cirurgião e está pelo menos uma parte adiantada. Quando chegou lá, disse que não teria necessidade de fazer porque faz tudo lá. Tipo uma falta de comunicação entre eles. Porque eu tive, no momento, condições de fazer particular e outra pessoa meio que fica perdida e acaba não indo para a consulta porque não fez os exames. Lá faz todos os exames na mesma da hora. (Entrevistada U3)

O estudo de Ferreira e Rodrigues (2021) demonstra que as divergências entre as percepções dos profissionais de saúde revelaram algumas das fragilidades do planejamento reprodutivo no Brasil, dentre elas estão o desconhecimento dos fluxos e protocolos, assim como a necessidade de educação permanente, o que irá possibilitar uma assistência multidisciplinar que vai contribuir para o cuidado integral aos usuários.

O desconhecimento dos fluxos de atendimento do planejamento reprodutivo é uma barreira organizacional que pode implicar diretamente na qualidade da assistência prestada à população. A orientação e divulgação da forma como a rede de atenção à saúde está organizada é de responsabilidade dos gestores, que devem garantir acesso às informações de forma clara e acessível. Para tanto, faz-se necessário instrumentalizar as equipes através de treinamentos e atualizações constantes para que os profissionais possam orientar melhor as usuárias, auxiliando-as a escolherem os métodos contraceptivos adequados à sua realidade, mas também as ajudando a compreender seus direitos sexuais e reprodutivos. O relato abaixo exemplifica

isso:

Informação que vai ser a base para o usuário não só saber dos seus direitos sexuais e reprodutivos, que vão para além da escolha do método. Mas a partir do momento que a gente leva informação segura, a gente dá a opção dessas pessoas fazerem escolhas livres e dentro dos seus direitos, que estão garantidos na Constituição. Eu acho que um dos primeiros desafios é exatamente instrumentalizar essas equipes. É trazer treinamentos, atualizações constantes porque também a gente tem uma mudança constante de profissionais na rede, então quando a gente, de repente, acredita que a equipe já está preparada, ocorrem mudanças e o município precisa novamente promover uma série de treinamentos, não só, como eu disse saúde sexual e reprodutiva, ela é bem ampla. Então você precisa falar desde o planejamento com a oferta dos métodos até o acompanhamento de pré-natal, bem como testagens rápidas para a oferta de um sexo protegido e seguro (Entrevistada G1).

Outra dificuldade no conhecimento dos fluxos de atendimentos é a alta rotatividade de profissionais de saúde, principalmente médicos, como foi citado no depoimento anterior. Por isso, as atualizações devem ser constantes para que a equipe esteja bem orientada quanto aos caminhos que as usuárias têm que percorrer na rede para ter acesso a métodos contraceptivos, sobretudo os de longa duração que dependem de outros equipamentos para serem realizados.

Santos et (2023) trouxeram em seu estudo que tipos de vínculos trabalhistas instáveis somados chegavam a 50,7% em relação aos 49,3% de estatutários. Esse cenário contribui para a alta rotatividade de profissionais de saúde na APS, o que prejudica e até inviabiliza a fixação dos profissionais e a manutenção da longitudinalidade.

Verifica-se em alguns discursos, o desconhecimento da organização da RAS e a ausência de monitoramento dos encaminhamentos realizados pelos profissionais, com o intuito de entender se o direito à contracepção foi assegurado.

Aqui a gente tem um fluxo que funciona bem na nossa parte. Eu não tenho muito acesso a outra parte, então assim, eu encaminho para a paciente colocar um DIU ou fazer laqueadura. A gente tem todo o encaminhamento, o fluxo certinho, a gente dá o termo, a gente explica, a gente joga no sistema para agendar um cirurgia ginecológico, mas a parte daqui é organizada, mas eu não sei como é que funciona lá, se está demorando muito. (Entrevistado P4)

[...] Aqui na unidade, a gente dispõe da implantação do DIU. Eu ainda não sei dizer para você como é que é essa questão do fluxo de dia, se tem alguma marcação assim, porque como estou muito recente e a médica está de férias, mas tem um fluxo aqui na unidade. (Entrevistado P9)

O estudo de Santos e Nunes (2023) traz uma observação importante em relação à prática que é a de que os profissionais de saúde têm várias interpretações sobre as normativas ou não conhecem suas atualizações, notas técnicas e orientações e não há reflexão individual ou

coletiva nem debates com colegas ou gestão para orientar a atividade das equipes. Essas normativas são importantes para orientar como os serviços funcionam na RAS.

A incompreensão do fluxo de organização do sistema também parte das usuárias, que desconhecem como ocorre a oferta de métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração, como a laqueadura. Identificamos isso na fala da entrevistada U4, que teve dificuldades no acesso a esterilização devido à falta de clareza do processo e falha na comunicação com a equipe da unidade hospitalar.

Ligar, eu já tive aqui tentar ligar, só que diz que quando a pessoa vai ter o bebê aí na mesma hora tem que se pedir, eles fazem. Só que eu dormi e para eu tentar fazer de novo só daqui a 2 anos, eu acho. (Entrevistada U4)

No entanto, algumas equipes de saúde conseguem promover estratégias eficazes para tentar garantir o acesso adequado aos métodos contraceptivos. Preocupando-se em otimizar os atendimentos e fazendo os encaminhamentos de forma consciente. Além disso, os profissionais consideram a integralidade do cuidado, orientando as usuárias sobre planejamento reprodutivo, independente do programa que estejam acessando na unidade. Essa abordagem permite aproveitar cada oportunidade de atendimento, vendo a mulher não apenas como uma queixa, mas como um ser integral com suas necessidades.

E quando for de curta, um DIU, é ginecologista. A paciente já sai encaminhada com transvaginal, porque é o exame que precisa, mas se tiver algum outro exame específico, aí a ginecologista pede, mas ela já sai com o exame e a consulta para agendar no ginecologista. E quando é algum método anticoncepcional oral ou injetável, aqui mesmo a gente faz, fazendo um teste de gravidez, normalmente eu peço antes e aí prescrevo. Aí é mais tranquilo. (Entrevistado P4)

Sempre tem disponível 4 vagas (2 pela manhã e 2 pela tarde). Quando a paciente chega para o atendimento de hipertensão, vamos dizer, ou diabetes, e ela também for uma pessoa que faz uso de método contraceptivo e acessa o posto, já faz nesse mesmo momento. No dia do preventivo, já pergunta também, já faz essas capturas por outros programas. E mesmo que já tenha passado o número de atendimentos, a recepção já é orientada a encaminhar para subir para a sala, para não perder a oportunidade. (Entrevistado P5)

Vai fazer o injetável e depois vai colocar o DIU e os encaminhamentos é todo feito aqui na Unidade mesmo. Na farmácia, a gente já disponibiliza quando é injetável. Na mesma hora, a menina já faz a aplicação e deixa agendado o retorno. Informando quando tem que retornar, se for oral da mesma forma. A gente tem disponível na farmácia. (Entrevistado P9)

A instabilidade da internet também é um entrave no acesso ao planejamento reprodutivo. Isto gera atrasos nas marcações de consultas e exames, causando impactos diretos na capacidade

das usuárias de tomar decisões sobre a sua saúde reprodutiva. É preciso que a gestão invista em uma infraestrutura de internet estável para garantir que os sistemas utilizados pelos profissionais de saúde e regulação permaneçam funcionando. As interrupções constantes podem comprometer a qualidade da assistência prestada, por gerar frustrações e insatisfações como o exemplo a seguir:

Muitas vezes, quando eu venho aqui para marcar a consulta, fala que o sistema caiu. Sempre tem isso do sistema. (Entrevistada U4)

No estudo de Soares *et al.* (2024), os registros dos atendimentos são realizados em prontuário, sendo que na zona urbana é informatizado, o que é importante para integrar as informações; e na localidade rural, a informatização ainda não é uma realidade, o que não permite o compartilhamento dos dados em tempo real. Um dos empecilhos para a boa utilização do prontuário eletrônico do cidadão (PEC) é a internet de baixa qualidade no município, sendo necessário utilizar as formas de registros físicos, ocasionando a fragmentação e até perdas das informações dos usuários.

Além das questões de conexão à internet, a padronização do uso do PEC nas unidades de saúde deve ser enfatizada pela gestão. Durante a observação sistemática, verificou-se que alguns estabelecimentos ainda fazem o registro dos atendimentos realizados utilizando concomitantemente os prontuários físicos, o que dificulta o acesso às informações necessárias para uma assistência de qualidade e atrasa as consultas quando a equipe não consegue prontamente localizá-los.

Ou então no sistema que a gente vê poucas informações na verdade, às vezes, porque como eu te falei, a gente no sistema daqui a gente tem tanto informação no sistema como no prontuário físico. Então, às vezes, a gente perde, acaba que de uma certa forma, a gente perde muita informação. É muito abreviado no prontuário físico com letras que a gente não consegue entender. Então, eu prefiro conversar mesmo com o paciente e saber. (Entrevistado P9)

Ávila, *et al.* (2022) concluíram em seu estudo que o PEC simboliza um avanço na gestão do cuidado da APS, porque é uma ferramenta que possibilita o planejamento da assistência em saúde e colabora para a construção de vínculo entre profissional e usuário, organizando o fluxo do cidadão na RAS, proporcionando qualidade no atendimento, aprimorando a comunicação da equipe com outros pontos da rede.

Além do registro dos atendimentos realizados, o PEC é o local onde são organizadas as agendas das equipes de saúde. O município incorporou o Acesso Avançado com o intuito de assistir a demanda espontânea que encontrava dificuldades de acessar os serviços e diminuir as

longas filas que se formavam nas unidades nos dias de marcação de consultas.

Porém as unidades de saúde têm autonomia para adequarem as suas agendas ao contexto da área adscrita, já que existem diversas realidades no município devido a sua grande extensão territorial. No entanto, observa-se que algumas equipes embora ofereçam a marcação de consultas diariamente, nem sempre acolhem a demanda espontânea, o que pode ser uma fragilidade do serviço, pois algumas usuárias podem ter dificuldade em acessar o planejamento reprodutivo. Como podemos verificar na fala a seguir:

Tem marcação todos os dias. Não tem acolhimento por demanda espontânea, salvo as pacientes que vem com receita vencida. Então elas agendam, fazem a consulta, pegam o método na farmácia, já aplica na própria unidade e aquelas que necessitam do DIU, a gente encaminha para a ginecologista. A demanda espontânea para planejamento, as pacientes que chegam lá para tomar contraceptivo e está atrasada, tem algum problema na continuidade do método, mas fora isso, é agenda mesmo. (Entrevistado P1)

A recepção e a coordenação acolhem e a depender da queixa e da vaga do dia, a paciente já é atendida. (Entrevistado P3)

Normalmente se for só para isso vai depender muito da agenda do dia, porque pelo fluxo de Camaçari são 8 agendados e 8 de demanda. Mas aqui, a gente tem muita demanda, então normalmente as urgências e emergências passam na frente e aqui tem muito e aí normalmente tem que agendar. Muita gente vem não para iniciar, mas para renovar. Quando é para renovar e ela está na data certa, a gente sempre tem um bolo que (nome da funcionária) deixa ali separado de renovação de receita, e aí a gente renova e a paciente já consegue sair com uma receita. Mas quando é para prescrever, aí normalmente é alguma consulta mesmo. (Entrevistado P4)

Normalmente, quando o paciente chega, ele vai agendar para planejamento familiar junto com saúde da mulher e não existe assim um fluxo de primeira vez e subsequente não, o paciente vem e agenda. Sempre vai ter disponibilidade de agenda. Se for, por exemplo, um teste de gravidez, ele pode fazer com mais antecedência, mas normalmente, dentro da agenda mesmo, sempre tem vaga. Não, não vai ter demanda reprimida para isso não. (Entrevistado P6)

Já algumas unidades de saúde utilizam a agenda conforme o Acesso Avançado, o que permite atender à demanda espontânea sem restrições. Além disso, organizam os atendimentos de maneira a não limitar dias específicos para o planejamento reprodutivo, o que evidencia um fator essencial para assegurar a assistência à usuária. Isto exclui o risco da mulher ir ao posto e não ser atendida porque não é o momento designado para os serviços de saúde reprodutiva, o que dificultaria o acesso. Adiante estão depoimentos que comprovam isso:

As pacientes têm acesso a consulta médica e de enfermagem, mas geralmente é consulta de enfermagem. A gente não trabalha com dia fixo de agenda de

planejamento familiar. Ele é distribuído em qualquer agenda, ele é um dos procedimentos que pode ser encaixado em qualquer agenda. E a gente atende também por demanda espontânea a paciente que chega na unidade com receita vencida ou que quer iniciar um método, tendo disponibilidade na agenda no dia também, ela já é inserida no dia. A partir daí, são agendados retornos de acordo com o método. O acesso avançado foi o que eu estava falando antes da consulta do dia. Isso muito antes do município falar em acesso avançado, já acontecia aqui no processo de trabalho. (Entrevistado P2)

Na verdade, com a mudança da agenda, que agora é o acesso avançado, a gente organizou para não ficar um peso muito grande de atendimentos mais complexos, todos condensados em turnos específicos, a gente já nomeia. Tem mais ou menos o público que vai aparecer e coloca 3 consultas à tarde, 3 consultas de manhã. O pessoal pode vir agendar na recepção ou então a demanda espontânea que chega, a recepção acolhe e encaminha para a gente, faz a renovação da receita e encaminha para administração de medicamentos. Eu a considero boa. (Entrevistado P5)

A mulher chega por demanda espontânea, ela é atendida. Se for o momento de aplicar, ela já faz a aplicação. Se não for, ela sai com a receita para tomar no momento mais oportuno. Se necessário, é ofertado TR de gravidez ou solicitado Beta HCG. Ela é orientada quando é o retorno, se mensal ou trimestral. Ela retorna com a receita e já aplica (pegando o medicamento na farmácia e sendo entregue ao técnico para aplicar). Receita válida por 6 meses. (Entrevistado P7)

Então assim, eu atendo toda demanda espontânea. Às vezes, pelo dia de preventivo ou dia de pré-natal, que eu estou com a agenda cheia, eu falo aguarde e vou intercalando. Peço para aguardar e vou intercalando porque como é uma consulta rápida, mas assim, eu sempre atendo e não faço consulta com ela não. É só rapidinho. Procurar saber mesmo como é, se está usando, se está direitinho. Quanto tempo está usando. Se vem usando direitinho. Quando foi que tomou a última vez. Se tomou aqui na unidade. (Entrevistado P9)

No estudo de Pires, *et al.* (2019), foi unânime entre a equipe da APS que a implantação do acesso avançado impactou a efetividade do trabalho dos profissionais de saúde, aumentando a oferta de vagas e assegurando maior acesso dos usuários aos serviços.

O Acesso Avançado surge como uma estratégia que contribui para o atendimento à demanda espontânea, diminuindo barreiras para os usuários. Proporciona uma mudança significativa no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária, colaborando com uma melhoria na qualidade da assistência, pois permite as usuárias acessarem os serviços de saúde reprodutiva de forma rápida. Para assegurar a continuidade desse avanço é importante a sensibilização dos profissionais e as discussões dos fluxos, que devem ser frequentes, reforçando a necessidade de um acompanhamento mais acessível e eficaz. A gestora 1, em seu relato, destaca esse processo ao afirmar:

[...]o principal deles que a gente falou foi uma mudança no processo de trabalho das equipes de atenção primária, que é o ponto de contato preferencial, que foi exatamente o que a gente conversou aqui que é o acesso avançado. Então com ele, o município já traz uma grande estratégia, que é de facilitar acesso à demanda espontânea. E associado a isso, eu enxergo que os diversos momentos não só de treinamento, mas de discussões sobre os fluxos fazem com que a equipe compreenda o seu processo de trabalho e o quanto ela é protagonista nessa questão de não gerar barreira de acesso para o usuário. (Entrevistada G1)

No entanto, é importante a reflexão do acesso avançado, já que se não houver mudanças organizacionais na gestão da RAS, pode se tornar uma estratégia ilusória de facilitação do acesso. No estudo de Stelet *et al.* (2022), observou-se que a demanda superou a oferta nas localidades analisadas pelos autores. Por isso, torna-se necessário reavaliar o número de pessoas cadastradas por equipe, ajustar dias e horários de atendimento e organizar melhor as demandas da unidade. E tem que se ter cuidado para não criar barreiras, como obrigar os usuários a participar de grupos de acolhimento ou de educação em saúde antes da consulta inicial, causando a precarização do cuidado.

A ausência de um protocolo municipal para atendimento do planejamento reprodutivo foi um assunto trazido por alguns profissionais de saúde e por uma das gestoras durante as entrevistas. A maioria relatou que utilizam os protocolos de saúde da mulher do Ministério da Saúde, embora uma das entrevistadas cite o documento 1 - a Portaria 034/2016 de 01/12/16 que fala sobre encaminhamentos, solicitações de exames e prescrições de rotina da (o) Enfermeira (o) da Atenção Básica. Como podemos ver abaixo:

Do Ministério da Saúde. Do município, eu desconheço. (Entrevistado P1)

O protocolo que eu uso é de saúde da mulher do Ministério da Saúde. Não, que eu me lembre agora não. O município tem protocolo? (Entrevistado P2)

Não tem um fluxo específico para planejamento. A pessoa agenda como consulta ginecológica e no decorrer da consulta, avalia a demanda. Na consulta geral, o profissional verifica qual o método e orienta sobre o método, caso a paciente queira. É utilizado o Caderno do Ministério da Saúde. (Entrevistado P3)

Acho que só do Ministério, não tem nada próprio aqui não. (Entrevistado P4)

Tem aquela prescrição de enfermagem, não é, de 2016? Mas o que a gente usa mesmo é o do Ministério, os fluxos em si falando sobre a esterilização que teve mudança agora a gente usa. (Entrevistado P5)

Caderno de saúde do Ministério da Saúde. Existe também e não está bem organizado, mas existe aquele protocolo que a gente recebeu. (Entrevistado P6)

O município adota a política da Rede Cegonha, que dentro da Rede Cegonha tem a questão do acesso à saúde reprodutiva. Então a gente segue as diretrizes da Rede Cegonha. (Entrevistada G3)

Esse contexto demonstra a necessidade de revisão da portaria, já que a entrevistada relata que não está bem estruturada. Além disso, é importante tornar os fluxos e normativas da saúde reprodutiva mais acessíveis, para que não sejam esquecidos pelos profissionais já atuantes e estejam disponíveis aos novos. Esse documento orienta os enfermeiros quanto à solicitação de exames e prescrições na APS, trazendo um fluxograma de orientações sobre anticoncepcional combinado, minipílula e injetáveis, mas sua baixa nitidez dificulta a visualização e o cumprimento pela equipe. Ademais, faltam diretrizes claras para encaminhamentos de DIU e esterilização, o que facilitaria o atendimento e o fluxo de trabalho.

Apesar da ausência de um protocolo municipal específico para o planejamento reprodutivo, o município confeccionou um documento orientador para organizar o fluxo em relação a esterilização cirúrgica voluntária. O descumprimento da lei nº 14.443 de 02/09/22, reaparece na dimensão organizacional, evidenciando que alguns profissionais de saúde não compreenderam adequadamente o processo estabelecido entre as gestões municipal e estadual.

De acordo com o documento, a realização da laqueadura tubária intraparto ainda não tem um fluxo definido na Maternidade Regional de Camaçari. Foi orientado aos profissionais que é necessário preencher um termo de consentimento livre e esclarecido com as gestantes, que optarem pelo procedimento, respeitando um prazo mínimo de 60 dias do ato cirúrgico e que o seu preenchimento não garante que seja realizado, pois depende da autorização do obstetra após avaliação clínica da via do parto.

Ainda segundo o documento, a gestante que não tiver indicação clínica de parto cesáreo, mesmo que esteja com o termo de consentimento preenchido, só poderá realizar a laqueadura por critério do médico da maternidade. Além de não haver consulta prévia para os casos de esterilização cirúrgica, ou seja, a gestante somente descobrirá no momento do parto, se o procedimento será realizado, o que gera estresse e insatisfação.

A falta de clareza e de um fluxo adequado gera dúvidas aos profissionais de saúde e reforça a necessidade de organização e padronização, de maneira que os direitos das usuárias sejam respeitados e o acesso ao procedimento facilitado. Abaixo, vemos um depoimento de uma profissional que não compreende bem o fluxo.

A gente tem um termo de laqueadura. A gente já dá o termo para ela, explica como deve ser, eu assino, às vezes eu até coloco na parte de (nome da enfermeira), ela assina para a usuária não ter que agendar outra consulta. Eu

explico quais são os documentos que ela precisa, porque aí já tem tudo certinho e encaminhado para um cirurgião. Isso no caso da paciente que não é gestante. Se for paciente gestante, aí essa é inclusive uma coisa que eu também não sei como funciona. (Nome da enfermeira) me falou quando é gestante e ela quer fazer a laqueadura depois, hoje já é legalizada fazer durante o parto, aí se for um parto cesariana, aí ela consegue fazer tendo todo esse documento, a gente sempre fornece documento, mas ela disse que quando é um parto vaginal, que eles não fazem. Aí, ela tem que retornar para cá depois de um tempo, eu nem lembro qual é, quanto ela deve esperar, mas depois de um tempo, a gente encaminha pelo fluxo de uma paciente não-gestante. (Entrevistado P4)

A grande maioria é cesáreo, porque na verdade, a umbilical, a gente não estava fazendo. Eu não tenho com precisão como lhe dizer, porque aí já é uma questão de centro cirúrgico. Nós não estávamos fazendo pelo menos até o mês passado. Se começou a fazer, foi agora. Mas o de cesáreo, a gente está, a gente está conseguindo atender. Se estiver tudo dentro da normalidade, a gente está conseguindo atender essa demanda. (Entrevistada G5)

Esse processo contraria as recomendações da lei nº 14.443, que garante a realização da esterilização durante o parto, desde que seja respeitado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o parto, além das condições médicas adequadas. No entanto, apesar dessa orientação clara da legislação, persistem confusões dentro da própria gestão, como evidenciado no relato abaixo, em que se acredita, equivocadamente, que a validade do termo de consentimento é inferior a 60 dias.

Os termos têm sido uma grande dificuldade, porque em alguns casos, a gente pega termos, que já passaram da validade, porque ele tem até sessenta dias. Então, os termos têm sido uma grande dificuldade, porque, na maioria das vezes, elas não sabem esse prazo, então elas já vêm da rede com esse termo. E aí, às vezes, quando chega aqui esse termo para a gente já não tem mais validade. Esse termo precisa estar atualizado. Ele precisa ser um termo válido. Porque senão, a gente também fica descoberto. (Entrevistada G5)

Verifica-se dessa forma, que é essencial que os fluxos da saúde reprodutiva estejam bem estabelecidos e amplamente divulgados na rede de atenção. Essa articulação visa instrumentalizar os profissionais e assegurar uma estrutura organizacional bem definida, permitindo que as equipes atuem de maneira coordenada. Dessa forma, busca-se garantir acesso das usuárias aos serviços disponíveis, minimizando as barreiras que limitam a obtenção de métodos contraceptivos e serviços de planejamento reprodutivo.

Portanto, a organização dos fluxos deve ser uma prioridade da gestão municipal, já que promove a autonomia das mulheres e assegura que seus direitos à saúde reprodutiva sejam plenamente respeitados.

4.4 A INFLUÊNCIA ECONÔMICO-SOCIAL SOBRE A GARANTIA DO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA

A dimensão econômico-social visa avaliar como os investimentos da rede pública se alinham aos diferentes níveis de complexidade dos serviços, definindo as responsabilidades de financiamento nas diferentes esferas de poder. Ademais, é importante garantir uma comunicação clara entre a oferta e a demanda dos serviços e identificar barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, com o objetivo de assegurar equidade na organização da rede.

As usuárias, quando questionadas sobre a dimensão socioeconômica no acesso a saúde reprodutiva, trouxeram os seguintes temas: despesa desnecessária devido a falta do método, peregrinação, dificuldade de deslocamento até a unidade, embora algumas tenham mencionado que a distância é apropriada, necessidade de disponibilizar mais opções de método, embora algumas relatem facilidade no acesso, dificuldade de marcação de exames e necessidade de acolhimento do desejo de usuária.

Os profissionais de saúde, por outro lado, falaram sobre realização de atividades no território, facilitar acesso de usuárias vulneráveis, ausência de atividades no território, utilização dos métodos disponíveis para evitar despesas as usuárias, otimização do fluxo de laqueadura, burocratização do fluxo, divulgação do fluxo de atendimento da unidade, estratégias de vínculo, necessidade de melhorar espaço de atendimento da comunidade e utilização do acesso avançado.

Os gestores trouxeram em suas falas sobre repasse de recursos, estratégias do município para ampliar o acesso, utilização do acesso avançado, orientação correta da atenção primária, respeito ao desejo da mulher e aumentar oferta de esterilização.

O que podemos perceber em relação a essa categoria é que as usuárias abordaram principalmente sobre as barreiras e as facilidades que encontram no acesso à saúde reprodutiva, por outro lado, os profissionais de saúde focaram nas estratégias para melhorar a oferta dos serviços e os gestores, por sua vez, discorreram sobre o financiamento e os mecanismos que o município adota para ampliar o acesso.

As desigualdades sociais são eixos estruturadores da sociedade brasileira, cujos efeitos se manifestam nas diversas dimensões da qualidade de vida, limitando acessos, oportunidades e a plena realização de direitos sociais legalmente assegurados. As disparidades socioeconômicas apontam desigualdades no acesso a serviços de saúde e mostram a importância do sistema público como redutor de iniquidades (Cobo, Cruz e Dick, 2021).

Entre as dificuldades relatadas pelas usuárias, foi abordada a despesa desnecessária pela

falta do método na unidade. Tema já presente nas outras categorias e que impacta diretamente nas condições socioeconômicas das mulheres, isto porque por vezes, há necessidade de adquirir os contraceptivos por meios próprios. Após constatar a ausência do contraceptivo em outras unidades, a usuária considera a situação absurda, uma vez que o município deveria dispor de recursos suficientes para atender a demanda, como podemos ver nos discursos abaixo:

Às vezes, eu só compro quando aqui não tem mesmo. Aí, vou para outra unidade, às vezes também não tem, aí a gente vai e compra. O mês foi sessenta reais, eu acho um absurdo. Eu acho assim que o remédio de evitar não poderia faltar no posto. (Entrevistada U1)

Ela disse que podia ou comprar ou ver em outro posto. Só quando acaba que complica. Mas a que mais falta aqui é a de um mês, que é a de 3 meses sempre tem. (Entrevistada U2)

Eu tenho que vir, porque é isso ou eu fico com uma renca de filho (risos). Eu já tenho 2, perdi um. Então, descobri com 3 meses. Descobri em um dia, no outro perdi. Também por conta disso, do medicamento da unidade porque estava tomando o antidepressivo, faltou, aí, eu estava meio que em um surto e perdi o bebê. Eu vou falar assim, às vezes, dar para comprar, mas tem dia que a gente também está mais apertado, mas não tem outra opção. (Entrevistada U3)

Embora haja avanços para garantir os direitos reprodutivos das usuárias, encontramos ainda muitas barreiras para a concretização de um planejamento reprodutivo efetivo. A disponibilidade de métodos oferecidos pelo SUS é instável, porque há descontinuidade na oferta de contraceptivos hormonais, o que leva muitas mulheres a utilizarem recursos próprios para adquirir esses medicamentos, caso não desejem interromper o ciclo (Militão *et al*, 2024).

Nem sempre é apenas a falta de métodos contraceptivos que impacta a saúde reprodutiva das usuárias. No relato acima, a U3 fala que teve um aborto após um surto que foi causado pela falta do antidepressivo, revelando a gravidade do impacto que a indisponibilidade de medicamentos pode causar. Isso demonstra falhas na previsão e provisão adequada dos insumos que ocasionam o interrompimento do fornecimento de medicamentos, impactando no tratamento de doenças crônicas ou agravos específicos que afetam a saúde da mulher.

A mesma usuária ainda relata que em momentos tem recursos para comprar a medicação, mas tem situações em que isso não é possível. Essa realidade mostra uma fragilidade da rede de atenção, que deveria garantir acesso ininterrupto aos métodos contraceptivos aos seus municípios. Dependendo da capacidade financeira individual para adquirir os métodos cria desigualdades no acesso, colocando em risco a eficácia do planejamento reprodutivo, pois pode provocar a interrupção do uso e com isso, expor a mulher a uma gravidez não planejada ou obrigar a usuária a buscar soluções improvisadas, comprometendo a sua

segurança e autonomia. Como mostra o discurso a seguir:

Quando não tem, geralmente eu espero, me previno. (Entrevistada U4)

Os usuários enfrentam diversos problemas referentes ao acesso e à acessibilidade aos serviços e ações em saúde, destacando-se as dificuldades em obter medicamentos, consultas e exames. Essas barreiras podem estar vinculadas ao subfinanciamento do SUS, bem como a falhas na gestão do sistema e à cultura médica envolvida (Silva *et al*, 2020).

Por outro lado, uma usuária relatou que têm facilidade no acesso aos métodos e que basta as mulheres demonstrarem interesse e irem às unidades de saúde para que sejam orientadas quanto a oferta dos contraceptivos, fazer os exames, quando houver necessidade e fazer a sua escolha.

Eu acho que sim porque hoje em dia tem um bocado de coisa. Hoje em dia só pare quem quiser. Porque tem, só basta você querer. Se você for conversar com (nome da profissional) ali, ela vai dizer para você quais são os métodos que tem, você faz os exames e vai usar o que você quer. Basta você querer. Hoje em dia pare quem quer. (Entrevistada U7)

A necessidade de mais opções de métodos foi um dos assuntos que apareceu em outras categorias e ressurge como tema da dimensão socioeconômica. Isso se deve ao fato de que uma oferta limitada de contraceptivos pode levar a indisponibilidade de alguns contraceptivos em decorrência de faltas ou a impossibilidade da utilização por algumas mulheres devido a contraindicações, expondo as usuárias ao risco de ter que interromper o planejamento reprodutivo, o que pode gerar uma gravidez não planejada. Com isso algumas usuárias relatam a necessidade de aumentar as opções dos métodos ofertados.

Eu acho que falta. Eu acho que poderia ter mais opções, né? (Entrevistada U5)

Eu acho que ele deveria ter mais opções. Porque tem mais opções assim no mercado, mas só que para você comprar, mas na unidade não tem tantas opções assim. (Entrevistada U9)

De acordo com Paiva e Caetano (2020), a dificuldade em acessar a contracepção está associada à falta dos métodos nas unidades de saúde dos municípios, que não têm contraceptivos suficientes para suprir as necessidades da população. A logística de distribuição de insumos, bem como o planejamento e a gestão, nem sempre são regulares. Além disso, existem limitações no processo de trabalho das equipes, evidenciando a necessidade de ações de educação permanente e avaliações contínuas das atividades de planejamento reprodutivo como componentes prioritários da atenção básica.

Um das profissionais de saúde entrevistadas sensibilizada com a dificuldade das usuárias de acessar os métodos, relata que tenta utilizar os contraceptivos ofertados na unidade ou disponibiliza amostras grátis. E em casos de gestantes, já faz o encaminhamento nas primeiras consultas para a realização da laqueadura, com o intuito de criar estratégias para garantir acesso ao planejamento reprodutivo às mulheres atendidas. Como visto abaixo:

Eu tento utilizar o que é fornecido no posto e as amostras que recebe dos laboratórios. Em casos de gestante, tento dar o encaminhamento logo nas primeiras consultas para fazer laqueadura para a paciente não perder os prazos. (Entrevistada P3)

A dificuldade de deslocamento para a unidade de saúde é um fator que esbarra diretamente nas condições socioeconômicas das usuárias, dificultando o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, constituindo um outro desafio da dimensão socioeconômica. Isso revela o quanto as barreiras geográficas e econômicas afetam a adesão aos métodos contraceptivos e a continuidade do cuidado ofertado. Como podemos ver abaixo:

É uma distância grande. Desço uma ladeira e ando um bocado. Pode vir andando ou pode pegar ônibus, eu venho andando. Hoje mesmo, eu tirei o dia todo para vir para cá. Eu vim de manhã para atendimento com o dentista e tomar injeção, o anticoncepcional. Aí, você leva a manhã toda aqui. Tive que ir em casa, almoçar e voltar de novo para vim para o clínico. (Entrevistada U2)

Distância longa. Não precisa de ônibus, vai a pé, mas é longe. (Entrevistada U4)

Porque eu venho da praça principal, onde tem o final de linha. Aí, eu venho andando. Para mim é perto. Dá mais ou menos, uns 30 minutos andando. (Entrevistada U8)

Daqui é um pouquinho longe. É porque, às vezes, o sol está quente, eu tenho bebezinho. Aí, eu, às vezes, deixo de vim para cá porque ele também fica enjoado, sol quente, aí tem que vir a pé. (Entrevistada U9)

As longas distâncias e dificuldades de deslocamento são consideradas como barreiras significativas que prejudicam o acesso da população, dificultando tanto a chegada dos usuários aos serviços quanto a assistência dos profissionais e a oferta das ações de saúde pela gestão (Lima *et al*, 2022)

Além da distância entre a unidade e a residência das usuárias, que como demonstrado nas falas anteriores, é um empecilho significativo para garantir a assistência ao planejamento reprodutivo, há também o fato de a mulher precisar dedicar um dia inteiro para conseguir o atendimento. Isso ocorre porque os procedimentos podem ser agendados em momentos

diferentes, forçando-a a retornar várias vezes à unidade. Essa situação interfere diretamente na rotina das mulheres, que podem ter que faltar ao trabalho ou interromper suas tarefas domésticas, tornando-se mais uma barreira para o acesso regular dos serviços de saúde.

Em contrapartida, algumas usuárias relataram que a distância entre a unidade e a sua residência é pequena, o que não interfere no seu acesso ao planejamento reprodutivo, demonstrando que a distância é um fator que deve ser considerado, como podemos verificar nas falas a seguir:

Não, eu acho tranquilo. (Entrevistada U5)

É perto. Daqui é perto. (Entrevistada U7)

É importante observar que nessa categoria além de ser possível identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas, é possível constatar as estratégias realizadas pelos profissionais e gestores com o objetivo de assegurar a equidade do acesso ao planejamento reprodutivo. Mesmo que durante os discursos, seja visível algumas falhas na organização da rede de serviços.

Dentre as propostas que visam garantir que as usuárias acessem os serviços de saúde de forma equitativa está a realização de atividades no território, facilitando o acesso da população a cuidados essenciais sem necessitar de deslocamento até o posto. Essa é uma estratégia que tenta aproximar equipe da comunidade e possibilitar o atendimento.

A estratégia que a gente usa, não só para planejamento, mas para todos os atendimentos, é a realização de atividades extramuros. São atividades que a gente programa na unidade para ir até o local e fazer o atendimento médico, atendimento de enfermagem, vacina, testes rápidos. (Entrevistada P1)

A gente está nos processos de formar, montar umas duas mobilizações em local pra a gente tentar ver quem são essas pessoas e trazer realmente para fazer um preventivo, saber quem são elas, quantos filhos têm, se está em idade fértil, para a gente está fazendo toda aquela parte de saúde pública. (Entrevistada P9)

A gente tem um município que territorialmente é bem extenso, tem localidades bem distantes, inclusive das unidades que são mais próximas, mas a gente, nos últimos anos, ampliou o número de equipes de saúde da família de atenção primária e o município vem adotando estratégias para facilitar esse acesso, tanto com essa ampliação de equipes, quanto o deslocamento de algumas equipes para alguns territórios, que são de difícil acesso. Então, tem algumas localidades em que a equipe já vem iniciando, ou já fazendo a um tempo esse deslocamento, atendimento nessas localidades, assim como ações que são mais pontuais, que não é a estratégia mais interessante, mas são realizadas, e a partir daí, é feito o diagnóstico e tenta manter uma relação mais contínua de cuidado com essa comunidade mais afastada. (Entrevistada G1)

Segundo Jacinto *et al* (2020), as estratégias mais empregadas foram os atendimentos itinerantes e as ações de saúde que vão às comunidades mais distantes das unidades como formas de garantir acesso a populações historicamente excluídas e diminuir a distância entre elas e os serviços de saúde. A descentralização com a oferta da assistência além dos muros da UBS é importante para assegurar o direito à saúde das populações mais vulneráveis, além de favorecer o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade.

Essas estratégias exemplificadas na fala da entrevistada G1, para melhorar o acesso, principalmente em localidades mais distantes, são a ampliação das equipes de saúde e a oferta de atendimentos pontuais ou contínuos. Sabemos que ações esporádicas não são ideais e não resolvem as barreiras encontradas nos serviços, mas representam um esforço inicial para identificar as necessidades da população e realizar diagnósticos, com a intenção de estabelecer vínculo entre equipe e comunidade e promover uma atenção mais integral e equitativa.

Apesar do empenho em criar estratégias de atendimentos na comunidade, tendo em vista a ampliação do acesso aos serviços, a estrutura física dos espaços utilizados tem comprometido a realização de algumas atividades, como o planejamento reprodutivo, devido a necessidade de garantir a privacidade das usuárias e o sigilo das informações colhidas durante a consulta.

A gente faz algumas ações no (nome da localidade). Geralmente a gente está fazendo a ação lá de dois em dois meses. Está sendo nessa frequência ultimamente. Só que não tem espaço no lugar que a gente vai, por ser muito pequeno e abafado. A gente faz vacina, testes rápidos, vacinação de animal, mas o planejamento familiar não tem um lugar reservado. Teria que ter privacidade. E assim, o público geralmente tem muito adolescentes e as mulheres têm que ter a privacidade, o sigilo, não tem espaço para a gente está fazendo lá não, entendeu? É tanto que a gente não pode nem levar o médico para poder fazer atendimento, porque não tem espaço, é um espaço único, que fica todo mundo no mesmo espaço: vacina, só vacinação de animal que é do lado de fora. Mas testes rápidos, bolsa família é numa sala só, num cômodo, sem ventilação, sem nada. Péssimo mesmo. Não tem lugar para lavar a mão, então isso não tem um espaço adequado. A gente vai para poder ajudar, mas assim, lá está precisando de espaço. (Entrevistada P6)

A profissional cita a necessidade de melhorar esses espaços para que as ações sejam eficazes e respeitem a confiabilidade das usuárias, promovendo um atendimento de qualidade, além de garantir que todas as atividades sejam realizadas com cuidado e atenção necessárias.

De acordo com o estudo de Parmejiani, *et al.* (2021) a saúde sexual e reprodutiva em comunidades ribeirinhas enfrenta obstáculos devido à falta de infraestrutura e a distância dos grandes centros urbanos, o que limita o acesso à assistência de saúde de qualidade. A pesquisa destaca que a ausência de políticas públicas eficazes cria lacunas significativas na oferta de

serviços, o que compromete o pleno exercício dos direitos reprodutivos das mulheres dessas regiões, expondo a vulnerabilidade e a demanda urgente por atendimentos mais inclusivos e acessíveis.

As equipes de saúde estão cientes das dificuldades enfrentadas pelas mulheres que residem em áreas mais distantes ou que têm maior vulnerabilidade. Dessa forma, algumas estratégias são realizadas para facilitar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, priorizando atendimento e flexibilizando as agendas. Percebemos que os profissionais tentam compreender as necessidades específicas das usuárias e oferecem suporte, cientes de que as barreiras geográficas e de transporte são uma realidade constante. As falas abaixo exemplificam isso:

Quando o paciente é de longe, aí tem uma facilidade maior para atendimento no dia. (Entrevistada P1)

O acesso é aqui na unidade. Não fizemos recentemente nenhuma atividade lá na comunidade para ampliar o acesso. A busca é da paciente. A demanda dela vir a unidade. O que nós procuramos é que essa busca dela não seja infrutífera, que ela venha e consiga esse acesso em qualquer agenda. (Entrevistada P2)

No caso, a gente trabalha com duas zonas rurais, que é (nome das localidades). Aí nesse caso, a gente abre exceção para esses pacientes. A gente libera porque tem toda uma dificuldade para poder ter acesso aqui a unidade, mas normalmente as áreas distantes são só essas duas mesmas. (Entrevistada P6)

Mas sempre quando eu percebo que o paciente mora mais distante ou uma coisa assim, eu procuro facilitar a vida do paciente. E atender logo. (Entrevistada P8)

A pessoa de (nome das localidades). Essas pessoas eu nunca deixo voltar porque eu sei a dificuldade que é e não tem transporte. E pega o transporte da escola, então assim, a gente sabe que é toda uma dificuldade. Quando eles vêm à unidade, realmente é porque eles tão precisando muito. Não tem como deixar voltar. (Entrevistada P9)

A utilização do acesso avançado, que já foi discutido em outras categorias, é uma proposta que visa garantir o acesso da demanda espontânea. Percebe-se que as unidades de saúde adaptam essa estratégia à realidade de suas localidades, priorizando o atendimento de acordo com as necessidades das usuárias. As falas de P7 e G1 relatam o seu uso:

A estratégia é atender todo mundo que chega. (Entrevistada P7)

E voltando a falar sobre o formato da agenda de acesso avançado, que foi pensando nessas pessoas, que moram mais distantes da unidade, que tem uma dificuldade de locomoção, então para quando essas pessoas buscarem a unidade, elas serem acolhidas na sua demanda, independentemente de ser uma demanda urgente, de ser uma demanda, que poderia ser eletiva, então no

momento da procura, ela não voltar sem o atendimento. Então eu acredito que essas estratégias facilitem o acesso, mesmo sabendo que a gente ainda tem uma população que fica distante, mas essas questões já estão sendo também tratadas e buscando estratégias para garantir o acesso. (Entrevistada G1)

Compreende-se que o acesso avançado deve ser estruturado de acordo com a realidade de cada território, procurando maneiras de ampliar o acesso que a população tem aos serviços de saúde, evitando a sobrecarga da equipe multiprofissional (Sampaio e Sousa, 2023).

Identificamos que há uma sensibilidade das equipes em relação às usuárias que moram em localidades mais distantes, mas devemos compreender que apenas olhar para a barreira geográfica não resolve os problemas de acesso ao planejamento reprodutivo. Faz-se necessário priorizar as demandas mais urgentes e vulneráveis e no caso dos métodos é fundamental ampliar essa oferta e garantir que todas as usuárias acessem de forma contínua e suficiente. Isso inclui não apenas a sua disponibilidade, mas também uma orientação adequada e a simplificação dos fluxos de atendimento.

Um problema, já presente em outras categorias, é a dificuldade de marcação de exames. A regulação precisa ser mais eficiente e ágil, evitando que as usuárias sejam sobrecarregadas financeiramente, gerando iniquidades, já que muitas não têm condições de custear o tratamento. A ausência de um sistema que funcione de maneira efetiva e equitativa prejudica diretamente o atendimento integral e contínuo, aumentando as desigualdades no acesso à saúde e colocando em risco a adesão ao planejamento reprodutivo. O depoimento de U8 demonstra que a mulher, em alguns momentos, tem custos que deveriam ser da gestão municipal.

A ultrassom que eu não consegui fazer, tive que pagar. A ultrassom realmente muita gente reclamou que não saiu mesmo. Agora mesmo ela pediu de novo e eu vou ter que pagar para fazer. Porque não consegui. Não foi só eu, vi muita gente reclamando. É na regulação e mesmo assim, nessa parte aí, da ultrassonografia, porque o restante tudo eu consegui fazer. (Entrevistada U8)

Considerando que a dimensão socioeconômica exige uma avaliação de como os investimentos da rede pública se alinham aos diferentes níveis de complexidade nos serviços, entendendo as responsabilidades de financiamento nas diversas esferas de poder, é importante compreender como são repassados os recursos, destinados à saúde reprodutiva do município, buscando garantir um atendimento contínuo que responda às demandas da população de forma eficaz. Permitindo dessa forma identificar as articulações necessárias para assegurar que o planejamento reprodutivo seja adequadamente financiado e acessível, promovendo a autonomia e a saúde das mulheres. Nos discursos abaixo G1 e G3 explicam como acontecem esse repasse:

A gente recebe o recurso da esfera federal. O recurso é transferido para o

município da esfera estadual, o repasse não é através de recursos financeiros e sim, dos métodos, e aí existe uma porcentagem a partir do cálculo que é feito para cada município e aí o município pega essa medicação através da distribuição da Sefarba. E tem um repasse municipal e que hoje a gente acredita, isso para os métodos de curta duração, que está sendo efetivo, porque a gente não está com o desabastecimento. Ele pode acontecer pontualmente pela ausência, por uma dificuldade numa licitação, em um processo, mas ele vem sendo abastecido de forma contínua e regular. (Entrevistada G1)

A gente trabalha com o financiamento que vem do Ministério da Saúde, que é para a farmácia básica, onde tem os contraceptivos e os preservativos. O DIU também é distribuído, na verdade assim, todo o insumo que a gente recebe do Ministério da Saúde é suficiente para suprir a necessidade do município. Então assim, não tem necessidade de fazer uma compra extra e a questão da laqueadura, que é, hoje o que eu penso que a gente poderia ter mais,, que é o método mais procurado na verdade. Então assim, precisa a gente estimular mais essa questão de prestador, ofertar mais procedimentos de laqueadura tubária, que essa é a demanda maior. (Entrevistada G3)

Diante da crise econômica e do processo de desfinanciamento do SUS, é preciso entender que a discussão não se limita apenas a aumentar os recursos, mas além disso, aperfeiçoar a forma de distribuição dos recursos da União para os estados e municípios, melhorando os critérios de rateio, conforme estabelecidos pela Lei nº 141/2012. Propõe-se adaptar a metodologia de rateio para os municípios, com indicadores ajustados para refletir as necessidades locais de saúde. Apesar da importância do orçamento para o funcionamento do sistema de saúde, decisões sobre a distribuição dos recursos disponíveis são necessárias para melhorar a equidade e o acesso universal no SUS (Mendes, Leite e Carnut, 2020).

A eficácia do sistema de repasse de recursos, atrelada a uma gestão atenta às necessidades das usuárias, é essencial para garantir o direito ao acesso aos métodos contraceptivos e proporcionar autonomia reprodutiva às mulheres. Torna-se importante o entendimento das responsabilidades de financiamento das diferentes esferas de poder, como forma de averiguar se os gastos públicos estão sendo direcionados de forma adequada, com o intuito de atender a população de maneira contínua e efetiva.

A dimensão social permeia a produção da saúde, não podendo haver separação entre elas. Dessa forma, se pede permissão para ressaltar que a concentração de renda, o descumprimento dos direitos constitucionais, o desrespeito à diversidade faz mal à saúde. São muitas as dúvidas e incertezas que têm se apresentando no país e, principalmente, na saúde da população mais vulnerável, que sofre de maneira mais intensa as repercussões das desigualdades sociais. Em tempos de austeridade, cabe à sociedade buscar caminhos de articulação e diálogo para a construção de outras possibilidades para o bem viver (Pitombeira, Oliveira, 2020).

Além disso, as políticas de saúde devem ser executadas considerando as realidades locais, preocupando-se não apenas em disponibilizar os métodos contraceptivos, mas também garantir o acesso a informações e orientações que auxiliem as mulheres na tomada de decisões sobre a sua reprodução, atentando-se para diminuir as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas.

4.5 SIMBOLOGIA DO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA: influências na autonomia da mulher

A dimensão simbólica refere-se à forma como o processo saúde-doença, bem como a cultura, as crenças e os valores dos indivíduos, são compreendidos e interpretados. Dessa forma, os serviços de saúde são organizados buscando oferecer assistência de forma adequada tanto em nível local quanto regional.

É necessário que essa organização considere as particularidades culturais e sociais da população, assegurando que a assistência seja sensível às necessidades e expectativas dos indivíduos. Reconhecendo a importância da dimensão simbólica, os serviços de saúde podem se tornar mais acessíveis e eficazes, promovendo um cuidado que respeita e valoriza a diversidade cultural e as experiências de vida das pessoas atendidas.

Quando foi perguntado às usuárias sobre suas compreensões a respeito do planejamento reprodutivo, as respostas revelaram percepções variadas que vão desde o entendimento mais aprofundado até uma ausência de compreensão. Surgiram os seguintes temas: satisfação com o acompanhamento, importância de evitar gravidez não planejada, dificuldade para compreender, autonomia para a escolha da reprodução, empoderamento feminino, poder de escolha da usuária e relevância da educação sobre métodos contraceptivos.

Os profissionais de saúde relataram sobre resistência ao uso de determinados métodos, respeito ao desejo da usuária, autonomia da mulher, necessidade de adequar os critérios da laqueadura, empoderamento da mulher através da oferta da educação em saúde e necessidade de educação permanente.

Os gestores comentaram em seus discursos sobre necessidade de educação permanente, garantia do acesso aos serviços, importância do respeito à decisão da mulher, vulnerabilidade social e autonomia da mulher.

Para esta dimensão, foi utilizado o termo "planejamento familiar" para a entrevista das usuárias, pois apesar da mudança da nomenclatura para "planejamento reprodutivo", reconheceu-se que nem todas as pessoas visam formar uma família e a população ainda conhece o programa

predominantemente por essa denominação.

De acordo com Teodoro *et al* (2021), o planejamento familiar, também conhecido por planejamento reprodutivo, envolve um conjunto de ações de controle da fecundidade, que auxiliam as pessoas a se organizarem e decidirem sobre o momento mais adequado para ter filhos. Esse processo permite que elas façam escolhas conscientes sobre a reprodução, empoderando sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, baseia-se em ações clínicas, preventivas e educativas, assim como na disponibilização de informações sobre métodos e técnicas para o controle da capacidade reprodutiva.

Entender a compreensão das usuárias acerca do planejamento reprodutivo é importante para a equipe de saúde porque isso permite adaptar as orientações e os serviços ofertados às necessidades e ao nível de conhecimento das mulheres. Além disso, possibilita identificar lacunas de entendimento que possam comprometer a adesão aos métodos contraceptivos e proporcionar uma assistência mais eficaz e preocupada em garantir a autonomia e o empoderamento feminino em suas decisões reprodutivas.

Reis *et al.* (2020) abordam o conhecimento das usuárias do SUS sobre saúde reprodutiva, destacando uma lacuna significativa entre as informações disponibilizadas pelos serviços de saúde e a compreensão das mulheres. Este desencontro pode resultar no uso inadequado de métodos contraceptivos e a decisões reprodutivas que não são compatíveis com os desejos e necessidades das mulheres, gerando consequências negativas para a saúde reprodutiva e o bem-estar geral.

As entrevistadas U1 e U2 compreendem, respectivamente, o planejamento reprodutivo como algo positivo, destacando a preocupação com as pessoas que acessam o serviço e como uma forma de evitar a gravidez não desejada. Ambas ressaltam a satisfação e a importância do acompanhamento, que representa um avanço na vida da mulher, pois permite um controle maior sobre a saúde reprodutiva, autonomia para planejar o momento ideal para ter filhos e por consequência, maior liberdade de decisão.

É um planejamento muito bom, porque eles se preocupam com a gente.
(Entrevistada U1)

Para você não ter uma gravidez indesejada. E para você ter um planejamento certinho ali, um acompanhamento bonitinho. (Entrevistada U2)

As participantes U4 e U5 revelaram que não compreendem o que é o planejamento reprodutivo e isto mostra a fragilidade no processo de orientação e educação em saúde. A falta de entendimento sobre a importância do acompanhamento destaca lacunas na comunicação

entre serviços de saúde e as usuárias, o que pode afetar a adesão ao programa e a efetividade das políticas de saúde reprodutiva, reforçando a necessidade de promover estratégias de educação sobre métodos, sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos. Quando esclarecida sobre o tema, U5 consegue falar sobre a autonomia da mulher e sobre a escolha no número de filhos.

Eu não entendo quase nada. (Entrevistada U4)

Isso ainda não foi explicado. Porque às vezes você não tem condições de ter mais de um filho. Então você tem que ter certeza de quantos filhos você quer e quando você quer ter o filho. (Entrevistada U5)

Com isso, percebe-se que independente do grau de instrução das usuárias, elas são capazes de elaborar sobre o significado do planejamento reprodutivo, desde que haja o esforço de explicá-lo adequadamente. Essa responsabilidade recai sobre os profissionais de saúde, alinhando-se a um dos componentes da Atenção Primária, que é a educação em saúde. O processo educativo é fundamental para assegurar que as mulheres façam escolhas informadas e conscientes, o que contribui para um acesso equitativo aos serviços de saúde reprodutiva.

De acordo com Chaves e Sousa (2021), a educação em saúde deve ser o principal instrumento de intervenção da Atenção Primária, promovendo, de forma essencial, a expansão do conhecimento dos usuários sobre os seus direitos. Dessa forma, contribui para que alcancem plenamente sua saúde sexual e reprodutiva.

É importante que a assistência não seja meramente prescritiva, mas que tenha uma abordagem mais integral e dialogada. A prescrição dos métodos contraceptivos, em si, não garante que as usuárias compreendam ou se sintam seguras em suas escolhas. É fundamental que os serviços de saúde ofereçam um acompanhamento que inclua uma orientação personalizada, esclarecimento de dúvidas e promova a autonomia, permitindo que as mulheres participem ativamente do processo, o que proporciona um vínculo melhor com a equipe e melhora a adesão ao planejamento reprodutivo.

Sendo assim, entende-se que as informações adequadas são essenciais para as mulheres dos serviços de saúde, permitindo que elas exerçam seus direitos, conheçam os métodos e tenham autonomia para suas decisões reprodutivas. Para tanto, o compartilhamento de suas experiências deve ser acolhido de maneira receptiva pelos profissionais que as atendem, proporcionando o fortalecimento dos vínculos de confiança e facilitando a escolha do contraceptivo mais adequado, por meio de diálogo proveitoso e construtivo (Teodoro *et al*, 2020).

A fala da entrevistada U6 revela a importância do planejamento reprodutivo, como um espaço de reflexão e autoconhecimento sobre a vida e o futuro. Ressalta a necessidade de mais incentivo por parte da gestão para que o acompanhamento seja frequente, com orientações adequadas e fornecimento de métodos contraceptivos de forma ininterrupta, já que ela informa que estes ainda são insuficientes.

Eu entendo que querendo ou não é um benefício em geral, que ajuda entre aspas a gente pensar mais. Porque se eu tenho minha responsabilidade todo mês com o planejamento familiar, eu acredito que aquela pessoa que vai estar lá me atendendo vai me incentivar a pensar melhor o que eu quero pro meu futuro. Eu quero formar uma família? Eu quero ter um filho? Eu posso me cuidar de uma doença futura? Entendeu? Então é uma coisa muito legal, porém que deixa a desejar. Eu acho que se tivesse mais incentivo, se tivesse mais acompanhamento frequente, muita coisa seria resolvida. (Entrevistada U6)

Conforme Costa, Oliveira e Alves (2021), o planejamento reprodutivo pode se tornar melhor através da integralidade das ações na RAS, da garantia de acesso a informações e métodos, do incentivo a comportamentos mais saudáveis, do fortalecimento do conhecimento das mulheres sobre a sua fertilidade e implementação de uma assistência de qualidade na atenção primária para homens, mulheres e adolescentes, promovendo assim o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

No entanto, ainda temos um caminho longo a percorrer, isto porque segundo Silva, Cavalcanti e Nascimento (2020), há necessidade de romper o estigma que associa o planejamento reprodutivo exclusivamente à responsabilidade feminina e à pouca participação masculina, sendo importante corresponsabilizar os homens pela saúde reprodutiva do casal.

A fim de buscar um planejamento reprodutivo mais equitativo, é necessário adotar uma abordagem inclusiva, que envolve tanto mulheres quanto homens, frisando que a responsabilidade deve ser compartilhada na saúde reprodutiva. É essencial criar espaços de diálogo e educação em saúde voltados para o casal com o intuito de promover uma compreensão mútua sobre os papéis e direitos de cada um. Dessa forma, além de fortalecer a autonomia e o empoderamento das mulheres, o envolvimento masculino é incentivado, facilitando escolhas reprodutivas mais conscientes e alinhadas aos objetivos de ambos.

A autonomia e o empoderamento feminino são importantes no contexto do planejamento reprodutivo, proporcionando que as mulheres tenham direito de decidir e façam escolhas conscientes sobre suas vidas. Nos depoimentos de U7, U8 e U9, destaca-se a capacidade das mulheres de decidirem sobre a vida reprodutiva, escolhendo o momento ideal para a maternidade conforme as suas aspirações sobre o futuro. Esses relatos também ressaltam

a importância da educação em saúde, que contribui para a capacitação das usuárias.

O planejamento familiar é a pessoa usar os remédios para não ter filhos. Mas se ela quiser planejar o filho é só parar. O planejamento familiar para não render a família é importante. Basta ela querer. Se ela quiser, é importante sim. Ela vai e planeja o filho dela. (Entrevistada U7)

Eu acho ótimo. Porque é uma forma da pessoa ver a melhor forma e o melhor momento. É a oportunidade de escolher o melhor momento. (Entrevistada U8)

Eu acho legal esse plano de família porque, às vezes, tem gente que não sabe. Meninas mais novas que não sabem muito das coisas. A pessoa explicando, acho que elas tomam mais um pouco de cuidado sobre os métodos e começam a usar cedo algum método para não engravidarem e não ter uma gravidez indesejada. (Entrevistada U9)

A dimensão simbólica ressalta a importância dos profissionais de valorizar a cultura das usuárias e integrar seus saberes ao atendimento. A desvalorização das práticas tradicionais e do conhecimento popular podem gerar conflitos entre as orientações e as crenças familiares. É necessária uma abordagem que promova explicações sobre as dúvidas das mulheres, não desprezando as tradições e apoiando aquelas que não prejudicam a saúde. É preciso que haja o esclarecimento dos possíveis rituais que possam colocar a saúde em risco, fortalecendo dessa forma o vínculo e confiança com a equipe, permitindo a continuidade do acompanhamento. A fala da entrevistada U3 traz esse assunto:

Na minha família tem muito velho. E tem certas coisas que os mais velhos da minha família falam que é bom e já ocorreu de eu chegar aqui e dizerem que não é. Entendeu? Um chazinho. Às vezes fica na dúvida, segue o médico ou segue meu avô, minha avó, a minha bisa, que ainda tá viva. Só essas coisinhas assim mesmo. (Entrevistada U3)

Os profissionais devem estar abertos a aprender novos valores e desenvolver diferentes percepções sobre a saúde e a doença devido à diversidade cultural entre os indivíduos. É fundamental se despir dos preconceitos, de modo a oferecer um atendimento que respeite a realidade de cada usuário, garantindo, assim, uma maior adesão ao tratamento (Protasio *et al*, 2017).

O tabu social em torno do uso dos métodos ainda é um fator que pode induzir algumas mulheres a evitarem utilizá-los por conta de medo de não ser eficaz ou por vergonha de outras pessoas saberem que estão utilizando. Isso reflete um conjunto de valores simbólicos que moldam a maneira como a sociedade ainda encara a sexualidade e o planejamento reprodutivo. A vergonha e o constrangimento em lidar com a saúde reprodutiva fortalecem a ideia de que

esses assuntos devem ser mantidos no âmbito privado, dificultando o acesso a informações e a contraceptivos. Nas falas das participantes U6 e U9, percebemos isso:

Assim, muitas têm vergonha. Eu tenho um parente que tem um pouco de restrição para ir à farmácia comprar um anticoncepcional. Se você tratar isso como coisa normal, a pessoa se acostuma. Mas se até para pegar um preservativo é escondido. E na minha família também tem muito esse negócio que DIU engravida, porque a gente já teve caso na família, que engravidou mesmo usando o DIU. Então eu sempre tive esse receio. Funciona, mas é relativo. Vai que em mim não funciona? Como do mesmo jeito vai que a laqueadura daqui um dia não funcione mais? Então por isso tem que ter o acompanhamento. (Entrevistada U6)

Não por religião. Mas sim por algumas coisas que as pessoas falam sobre alguns tipos de métodos. Eu vim para UPA, porque eu estava passando um pouco mal. Eu estava com virose. Aí eu fui conversar com uma amiga que estava lá e ela disse que estava com mioma, que foi causado pelo remédio aquele anticoncepcional ciclo 21. E ela disse que tomou 11 anos aquele remédio e ela disse que causou um mioma nela. E eu já ouvir falar bem assim que ele traz bastante hormônio para mulher, que não faz muito bem para saúde. Aí, eu nunca usaria ele. (Entrevistada U9)

Além dos tabus sociais, os dilemas religiosos podem interferir no acesso aos métodos, limitando a autonomia das mulheres em suas escolhas reprodutivas. Algumas religiões disseminam a ideia de que a mulher não deve restringir o número de filhos e rejeitam a contracepção por considerá-la contrária à vontade divina. Isso pode gerar barreiras para que as usuárias possam se sentir confortáveis para discutir e utilizar contraceptivos.

Conforme Moraes *et al* (2021), a religião é bem influente em relação ao planejamento reprodutivo por ser, muitas vezes, contrária a métodos artificiais que impedem ou dificultam a fertilização. Apesar de algumas pessoas falarem que a religião é a favor da construção da família, outras a enxergam como barreira à contracepção, isso porque ela pode intervir na tomada de decisões reprodutivas.

As crenças religiosas podem moldar o comportamento e influenciar nas decisões reprodutivas, gerando uma resistência ao uso de métodos contraceptivos. Discutir os valores simbólicos que estão relacionados à sexualidade e contracepção é importante para diminuir os impactos sociais, como dificuldades financeiras e adoecimento físico e mental, decorrentes da ausência do planejamento reprodutivo. Os dilemas religiosos reforçam as estruturas patriarcais e podem restringir o acesso das mulheres aos cuidados de saúde reprodutiva. Tanto usuárias quanto profissionais de saúde trouxeram esse tema em seus relatos.

Ela não aceita remédio nenhum. Eu tomo, mas rapaz. Eu tomo assim mesmo, eu vou encher minha casa, como? Eu não tenho condições. A religião, Deus é cada um. Que Deus me perdoe, mas eu não posso ter filhos para encher a casa.

Porque lá em casa sou eu sozinha. Então só tenho esse daí. Está bom demais. Ontem eu fui para o mercado deu 60 reais só de merenda para três dias. (Entrevistada U7)

Eu acho que sim. Porque, às vezes, eu não sei como são as regras de outras religiões, mas só que tem religiões que não permitem a mulher colocar um DIU. Eu já ouvi falar também que existem alguns tipos de religião que falam que a mulher é feita para reproduzir, que tem que ter filhos mesmo. (Entrevistada U9)

Tem várias pacientes que vêm aqui de certa religião que falam que não vão usar nenhum método e vai ter quantos filhos Deus quiser, e é isso. Eu acho que isso atrapalha bastante, porque ela meio que fica fechada para escutar sobre a saúde dela, sobre os riscos de ter várias gestações pode acarretar para o corpo dela. Ou até mesmo uma questão psicológica, porque ela vai ter os filhos e às vezes, não tem muita condição de cuidar, também tem essa questão e aí depois chega aqui uma paciente depressiva. Eu acho que isso atrapalha bastante ela ficar aberta a ver as possibilidades e ver a questão da saúde dela mesmo, que ela fica mais naquela coisa doutrinada e aí não quer saber de método anticoncepcional. (Entrevistada P4)

Tem mulheres que realmente por conta da religião, não utilizam nenhum método, nem de barreira, nem preservativo, isso é mais difícil acontecer. Mas assim, de todas as mulheres que eu já atendi aqui, só foi uma mulher, que ela falou que realmente, não queria fazer uso de nenhum. Normalmente, eu não tenho essa dificuldade, não. (Entrevistada P6)

Esses tipos de depoimentos reforçam que é necessário que a educação em saúde seja constante no planejamento reprodutivo, seja de forma individual ou coletiva. Apesar de nos tempos atuais, haver mais disseminação de informações, as pessoas ainda têm dúvidas e receios em relação aos métodos contraceptivos que podem levar a ser uma barreira de acesso nessa busca pela contracepção e as atividades educativas podem ajudar a desmistificar esses valores e levar conhecimento de forma acessível e clara.

Pensando neste contexto, salienta-se que os profissionais de saúde devem realizar educação em saúde de forma individual e/ou em grupos. É essencial abordar sobre o que é o planejamento reprodutivo e a sua importância na vida da mulher, homem ou casal; quais os métodos oferecidos no SUS, a forma de usá-los e os possíveis efeitos colaterais e/ou complicações de cada um, respeitando a escolha dos usuários quanto à contracepção (Rocha *et al*, 2016).

Além disso, melhorar a qualidade do acompanhamento no planejamento reprodutivo pode auxiliar nesse processo de disseminar informações que são necessárias para ajudar as mulheres na tomada de decisão sobre a sua saúde reprodutiva. É fundamental que as consultas não sejam meramente prescritivas, mas sejam um local de esclarecimento de dúvidas, de entender se as usuárias estão bem informadas sobre a forma de uso dos métodos e observar se

elas estão conseguindo o acesso aos contraceptivos. Essa é uma ideia da entrevistada U6:

É a mesma coisa o planejamento familiar. Se todo mês eu estiver batendo na mesma tecla, use camisinha. Tome seu remédio. Tome a sua injeção. Eu acredito que por obrigação você vai começar a fazer. Passou uma injeção, eu tenho que voltar daqui há 9 meses. E se durante esses nove meses, eu não consegui tomar minha injeção? (Entrevistada U6)

Ainda existe um longo percurso para a plena implementação dos direitos sexuais e reprodutivos referentes a gestão do sistema, capacitação em saúde, execução de políticas mais práticas e menos burocratizadas, além da superação de paradigmas e preconceitos. É necessário promover mudanças nas posturas profissionais e corrigir deficiências para incorporar efetivamente a integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (Chaves e Sousa, 2021).

Os profissionais de saúde devem acolher as dúvidas que porventura surjam durante as consultas, ouvindo atentamente as restrições religiosas, sociais e culturais que as usuárias possam ter em relação aos métodos. É importante que as experiências não sejam desconsideradas, ao contrário, a equipe deve trazer conhecimento científico de maneira respeitosa e fundamentada, buscando argumentar de forma que proporcione um diálogo aberto e informativo. Essa abordagem favorece o empoderamento das mulheres na tomada de decisão relacionada à saúde reprodutiva.

Dessa forma, aumenta a autonomia dos usuários que dialogam com os profissionais de saúde, fortalecendo o vínculo e promovendo uma melhor compreensão e comunicação entre eles. Esse ambiente de troca favorece o aprendizado de ferramentas úteis para o serviço e permite que a população exerça seus direitos e reconheçam os métodos contraceptivos disponíveis e ideais para a sua realidade, fazendo escolhas de forma livre e informada (Ferreira, Souza, Bertagnoli, 2019).

A garantia do acesso à saúde reprodutiva implica sobre o respeito às decisões das usuárias, independentemente do posicionamento pessoal do profissional de saúde. Os valores e a cultura dos membros da equipe não devem influenciar na autonomia das mulheres que buscam o atendimento de planejamento reprodutivo. As participantes U6 e U9 relataram em seus depoimentos a experiência em relação ao desejo da laqueadura. Como mostram os depoimentos abaixo:

Quando eu pedir para fazer a laqueadura, há um preconceito por ter só uma filha. A maioria dos médicos não aprovou. Quando eu fui fazer também a revisão, por não ter feito na unidade de saúde, não consegui fazer os exames. Você só tem um filho e você vai ter filho de novo. Então não respeitaram e até

hoje não respeitam porque aonde eu chego, eu falo eu sou ligada. Com um filho? Como? Que médico fez isso? (Entrevistada U6)

Minha mãe teve cinco filhos cesárea e ela, atualmente, tem uma bebezinha, que nasceu há 1 ano atrás. Só que teve gravidez de muito risco, ela estava entre a vida e a morte. E aí, ela já tinha o quinto filho dela, ela teria tentado fazer a ligadura, só que falaram que ela era muito nova. Só sei que aconteceu alguma coisa, que ela não conseguiu fazer essa ligadura, aí ela acabou engravidando de novo dessa bebezinha e ela ficou entre a vida e a morte. Ela teve uma hemorragia e teve que retirar o útero. (Entrevistada U9)

Januário *et al* (2023) traz que o acolhimento é um artefato essencial para a formação do vínculo entre profissionais e usuários. A forma como a equipe acolhe a população adscrita e atende às suas necessidades é capaz de estabelecer esse vínculo, mediado por respeito e confiança. É importante que as relações sejam baseadas em comportamentos empáticos, afetivos e confiáveis.

Há necessidade de uma abordagem que valorize a escolha individual, onde cada mulher defina suas próprias necessidades e desejos em relação ao planejamento reprodutivo. Para isso, é fundamental que essas decisões sejam pautadas em informações claras, desprovidas de condicionantes sociais ou religiosos que possam limitar sua liberdade de escolha. A participante U9 fala sobre a autonomia reprodutiva em seu depoimento.

Eu acho que a mulher tem que ter quantos filhos ela tiver condições e ela quiser. Porque evitando da pessoa ter filhos, eu acho que não atrapalha tanto assim na autonomia da mulher, ela pode sair para trabalhar e tudo mais. (Entrevistada U9)

Segundo Santos *et al* (2022), a autonomia reprodutiva cada vez mais possibilita o planejamento das escolhas futuras das usuárias, proporcionando que desfrutem de uma vida como ser social integral, que entre outros interesses, pode decidir sobre o seu futuro reprodutivo.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção da saúde reprodutiva, contribuindo para a construção de uma relação de confiança e respeito mútuo. As falas abaixo dos profissionais retratam o esforço em esclarecer sobre os métodos e trazer informação.

Eu vou esclarecer com relação ao método, mas sempre levando em consideração aquilo que ela acredita. Ofereço outros tipos de método que ela aceite, mas assim como eu falei na minha prática, é bem difícil essa questão de tabu com relação à religião. (Entrevistada P1)

Eu converso, falo: olha, eu já faço isso aqui há muitos anos, nunca vi acontecer. Quando elas falam: ah, mas é porque eu não quero colocar o DIU

porque eu sei que nasce a criança com o DIU, que engravida mesmo usando o DIU, então a gente tenta desconstruir, falar que todos os métodos têm taxa de falha, que a gente tem paciente que engravida usando qualquer coisa, inclusive paciente laqueada. Então, a gente conversa ponto a ponto. Ela vai trazendo, eu sempre pergunto: você não quer usar? Você usa alguma coisa para evitar? Não? Então, você quer engravidar? Não, não quero. Olha como é que você não quer engravidar e não usa nada? Por que então que você não usa? Aí, à medida que ela vai dizendo os pontos porque ela não usa, aí eu vou discutindo com ela e trazendo informações para ela sobre aquele ponto específico. Se ela se sentir convencida, que acontece na maioria das vezes, ela acaba optando por algum método. Se não, elas seguem jogando com a sorte. (Entrevistada P2)

Quando ela está mais aberta, aí eu até posso conversar, mas assim quando eu vejo que é uma coisa que é dela, também tem que respeitar. Cada um tem sua religião. Eu posso fazer o meu possível, mas aí vai depender da decisão de cada um. O que eu não posso fazer também é deixá-la correr o risco de vida por alguma questão religiosa, aí eu tenho que intervir, tenho que falar. Mas quando é uma escolha dela e não está correndo risco de vida, aí fica a critério dela. (Entrevistada P4)

Eu tento trazer a realidade e a crença dela para a realidade técnica, que a gente tem aqui, informando sobre de fato como é que funciona o método, o lado positivo, o lado negativo de cada um. A questão da escolha, a mulher vai ter a escolha de ter um filho quando ela quiser, mas também tem escolha de não querer. (Entrevistada P5)

Eu oriento, dou a informação necessária e eu explico todos os métodos. Explico sobre o método comportamental, que precisa de uma disciplina. Tem que ter um planejamento das relações e tem um risco maior de engravidar, que a falha é maior. Mas eu respeito a opção dela sim. (Entrevistada P6)

Eu respeito crenças religiosas. Não discuto, respeito, até o momento, não teve nenhuma paciente que não aceite os métodos ofertados. (Entrevistada P7)

Melo *et al* (2021), afirmam que a relação profissional-usuário tem que ser baseada em uma assistência pautada no respeito e confiança, na privacidade preservada e na confidencialidade das informações. Esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento do vínculo entre equipe e população adscrita, favorecendo a busca pelos serviços de saúde e impactando positivamente no seguimento adequado dos casos. É importante considerar o lugar de fala dos sujeitos envolvidos com o processo de cuidado em saúde para assegurar o direito que tem sido fortemente ameaçado.

Acolher as mulheres em suas necessidades é fundamental para garantir os direitos sexuais e reprodutivos. Nessa perspectiva, os gestores também trouxeram em seus depoimentos sobre a importância do respeito à autonomia da mulher. Isso é significativo porque demonstra que todos os participantes estão sensíveis à necessidade da mulher de ser ouvida e de ter suas decisões reprodutivas reconhecidas.

A forma de conduzir é mais mesmo de escuta e de respeito às necessidades e ao desejo dessa mulher. Se ela quer engravidar várias vezes, se ela não quer engravidar, se ela quer interromper, então a gente tenta fazer essa escuta no sentido de garantir que o desejo dessa mulher seja respeitado. (Entrevistada G2)

Porque de respeitar o direito da mulher em não querer, de respeitar a questão cultural da mulher de não querer o método, ou de não querer usar algum método, que muitas vezes, a gente não aceita, porque a gente acha que os filhos de mulheres, principalmente de comunidades mais pobres, são sempre problemas. (Entrevistada G3)

Um fator que pode afetar a autonomia da mulher é a influência do patriarcado sobre as decisões reprodutivas, que se intensifica em contextos em que há mais vulnerabilidade social e que o controle sobre os corpos femininos é, muitas vezes, exercido por companheiros ou pelas próprias estruturas culturais.

De acordo com Fontoura e Lima (2022), a autonomia reprodutiva feminina apesar de anos de luta não segue de forma plena, ainda sendo influenciada pelo patriarcado, que direta ou indiretamente reflete no completo exercício dos direitos reprodutivos, mais especificamente da contracepção.

A liberdade feminina em relação a decisão reprodutiva enfrenta a resistência de parceiros que, em alguns casos, não aceitam usar preservativos ou a utilização de nenhum tipo de contracepção. Atrelado a isso, algumas mulheres não compreendem as implicações de ter múltiplos partos, refletindo na ausência de um processo de conscientização que poderia ser facilitado por uma abordagem reflexiva. Com isso, a autonomia reprodutiva só será plenamente alcançada quando essas barreiras sociais e culturais forem reconhecidas e trabalhadas, de modo a permitir que as mulheres façam escolhas informadas sobre seus corpos, livres da pressão do patriarcado e das limitações impostas pela vulnerabilidade social. Nas falas abaixo das entrevistadas G3 e P5, veremos a influência do patriarcado na orientação da mulher em relação aos métodos.

Entender também assim, que tem determinados métodos que realmente são difíceis delas usarem. Que às vezes, os companheiros não aceitam determinados métodos. Tem mulheres ainda que não tem total liberdade para poder assumir o que ela quer fazer do seu corpo. Usar preservativo feminino ou preservativo masculino. Então tudo isso é o mais importante, a gente entender realmente em que contexto essa mulher vive para a gente ver que método seria melhor para ela, e também, qual método não seria bom para ela. Às vezes, você pode pensar que ela já tem cinco filhos, quatro filhos, três filhos, mas isso é dentro da nossa ótica. Mas talvez tentar fazer um processo reflexivo mesmo com essa mulher. Que às vezes, ela não tem a compreensão de que cinco filhos, talvez já tenha mais dificuldade. (Entrevistada G3)

Você pergunta se ela usa algum método. Aí a mulher fala que não. Você pergunta se está planejando engravidar. Ela responde não, Deus é mais! Relata que faz coito interrompido. Então, você tenta convencer ela que não é um método seguro, se a pessoa quiser ou tiver alguma contraindicação pode ser introduzido outra coisa mais segura e elas até aceitam bem. É justamente essa liberdade que a mulher tem que ter. Eu já recebi aqui o casal. O marido querendo que a mulher use um método, aí é aquela questão de saber se ela quer usar. (Entrevistada P5)

Dessa forma, percebemos que o patriarcado e a vulnerabilidade social revelam dificuldades que muitas mulheres enfrentam em relação ao controle sobre seus corpos e suas decisões sobre a reprodução. Uma ferramenta para empoderar as usuárias e melhorar o acesso às informações e aos serviços de saúde é o reconhecimento e a divulgação do direito reprodutivo.

Os direitos reprodutivos não apenas garantem que as mulheres possam tomar decisões informadas sobre suas vidas reprodutivas, mas são fundamentais para a equidade de gênero e para a construção de uma sociedade mais justa e saudável. Ao assegurar que todas as usuárias tenham acesso a métodos contraceptivos e a informações sobre a saúde, estamos promovendo sua autonomia e dignidade.

Silva e Leme (2022) afirmam que os direitos reprodutivos são pertencentes a todo indivíduo, principalmente às mulheres, na decisão livre sobre ter ou não filhos, em relação a quantidade e a escolha do parceiro. São relativos à igualdade de oportunidade, à liberdade reprodutiva e, especialmente, à capacidade das usuárias sobre o controle dos seus próprios corpos. Incluem também a responsabilidade na criação dos filhos e na divisão de tarefas, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o acesso à informação e a disponibilização de todos os meios necessários para um planejamento reprodutivo efetivo.

Ao perguntar aos profissionais de saúde e gestores sobre o que compreendiam sobre direito reprodutivo, a maioria entendeu que é o poder de escolha que as mulheres têm em relação aos seus corpos; a decidir se querem ter filhos, quantos e o momento ideal; o acesso à informação e aos contraceptivos de forma ininterrupta. Além disso, relataram que abrange a necessidade de um planejamento reprodutivo consciente, em que homens e mulheres possam expressar seus desejos sem pressões sociais ou culturais. Os depoimentos abaixo são referentes a essa compreensão.

O direito da mulher de querer ter ou não ter filhos. Ela quer ser aceita na condição de mulher de não querer ter ou de ter quantos filhos. (Entrevistada P1)

O direito do acesso de homens e mulheres a escolher a quantidade de filhos e o momento em que eles querem ter esses filhos. A gente usa muito planejamento para o não. Para evitar que o paciente tenha, mas também serve para o sim, para a paciente que quer engravidar e ela procura a unidade porque ela tem interesse numa gestação. Então o planejamento é para que esse homem, essa mulher escolha um momento de ter os seus filhos e tenha acesso aos métodos tanto para um lado quanto para o outro. (Entrevistada P2)

Eu acho que é o direito que a mulher tem sobre seu corpo. Se ela quer ou não ter filhos, se ela quer ou não quer usar um método anticoncepcional. É um direito de reproduzir ou não. Não é só o direito de ter filhos, é o direito também da mulher que não quer ter filhos, ou que quer se prevenir por algum tempo e depois quer ter filhos. (Entrevistada P4)

O direito reprodutivo é o direito de informação que ela tem, de respeitar a questão da sexualidade dela. (Entrevistada P6)

Que tem o desejo da quantidade de filhos que quer ter. O direito de uso dos métodos. Dever do Estado suprir as necessidades dos usuários. Direito da mulher de ter acesso aos métodos contraceptivos. Ter o direito de buscar os métodos e o Estado a obrigação de ofertar. (Entrevistada P7)

Oferecer condições para evitar uma gestação indesejada e dar também conhecimento para as pessoas se planejarem. (Entrevistada P8)

É ter esse direito garantido, respeitado e ofertado o acesso aos itens. Por exemplo, se a mulher não quer engravidar, o que que eu posso ofertar para que ela não engravide? Ou se ela quer engravidar e não consegue, o que que eu posso ofertar para que eu possa ajudar ela nesse processo desse desejo de gestar? Então direito reprodutivo é isso, é garantir que as pessoas tenham acesso tanto à informação quanto aos bens necessários para que o direito de escolha da sua reprodução seja respeitado. (Entrevistada G2)

O direito reprodutivo é você garantir o desejo da pessoa, mas dentro, você entender que seja um desejo realmente consciente. Seja uma vontade tomada com argumentos. Então assim, livre dessa questão cultural, de preconceitos, ela tem realmente acesso a escolher o que ela quer. Um método que realmente seja livre de efeitos adversos para ela, para o homem também. (Entrevistada G3)

A discussão sobre direitos reprodutivos torna-se importante para garantir a saúde e o bem-estar das usuárias, pois assegura que elas possam decidir sobre os seus corpos e suas vidas. Quando os serviços disponibilizam acesso a informações claras e seguras, a métodos contraceptivos e a uma assistência integral, equitativa e de qualidade, eles respeitam a autonomia feminina. É essencial que a sociedade como um todo compreenda a importância desses direitos, pois eles afetam diretamente a qualidade de vida e as oportunidades das mulheres.

É fundamental compreender como os significados e valores atribuídos à sexualidade e à reprodução influenciam as decisões das mulheres e a forma como elas vivenciam seus direitos. É necessário desconstruir estigmas e preconceitos em relação ao planejamento reprodutivo e ao

uso de métodos contraceptivos. Quando a sociedade reconhece e apoia a liberdade de escolha, facilita-se a construção de uma cultura que respeita os direitos reprodutivos, garantindo que todos possam tomar decisões informadas e conscientes sobre suas vidas.

Assim, promover uma mudança simbólica que valorize a liberdade de escolha e a igualdade de gênero é essencial para assegurar que o direito reprodutivo seja não apenas reconhecido, mas efetivamente vivenciado por todas as mulheres, contribuindo para uma sociedade mais justa e equitativa.

5 PRODUTOS TÉCNICOS E CIENTÍFICO PROPOSTOS: contribuições para o município de Camaçari

Neste capítulo serão apresentados os produtos deste estudo, conforme as recomendações do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (MPE UEFS) e da Classificação de Produção Técnica e Tecnológica para a área da Enfermagem, estabelecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BRASIL, 2023a).

O produto científico foi estruturado a partir de dados de uma revisão de literatura. O manuscrito será posteriormente adequado para submissão em periódico indexado. Como produção técnica, foram propostos um modelo de fluxograma para os serviços de saúde reprodutiva e a implementação de uma aba na *webpage* do município para acesso rápido dos profissionais às diretrizes e fluxos de saúde reprodutiva. A proposta é que os dados relativos à saúde reprodutiva possam ser inseridos na *webpage* da prefeitura, reunindo em apenas um local normativas e orientações para os profissionais de forma rápida e transparente.

O fluxograma pode ser entendido como um documento que traduz o planejamento do trabalho a ser executado pelas unidades de saúde da APS, ao articular conhecimentos científicos e normativas, estabelece o procedimento de trabalho institucional que será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari, onde a pesquisadora possui vínculo empregatício.

Na ocasião, dois subprodutos também foram propostos, para subsidiar a implementação do fluxograma e da aba de acesso rápido na *webpage* da prefeitura, serão reuniões de caráter educativo e participativo com gestores e profissionais atuantes no município, devendo configurar como um apoio na implementação das tecnologias.

PRODUTO CIENTÍFICO – Acesso aos serviços de saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa;

PRODUTO TÉCNICO 1 – Fluxograma de acesso à saúde reprodutiva em Camaçari;

PRODUTO TÉCNICO 2 - Acesso rápido às diretrizes e protocolos de saúde reprodutiva.

5.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão integrativa

Daniela Ferreira Bastos Marques
Juliana Alves Leite Leal

Resumo

Objetivo: identificar na literatura indexada como a Atenção Primária à Saúde assegura o acesso aos serviços de saúde reprodutiva às mulheres. **Método:** revisão integrativa realizada por meio de busca nas bases de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Web of Science* e *Scopus*. Foram selecionados estudos originais, publicados em inglês, português e espanhol nos últimos 10 anos. Os dados foram extraídos por dois pesquisadores independentes e organizados em quadro sinóptico. A análise foi baseada na integração por aproximação temática. **Resultados:** os seis artigos incluídos na revisão, foram publicados em revistas nacionais, foram identificadas estratégias com iniciativas de ampliação de horários, a desburocratização para inserção de dispositivos intrauterinos e a capacitação dos profissionais, refletindo aspectos das dimensões de acesso técnica e organizacional. **Conclusão:** os estudos publicados ao abordarem elementos das dimensões técnica e organizacional, responsabilizam os profissionais pela garantia do acesso. Existe a necessidade de novos estudos que abordam as dimensões simbólica, política e econômico-social para a garantia do acesso para as usuárias.

INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva compreende um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar, agindo na prevenção e na solução de problemas reprodutivos, o que inclui a saúde sexual, que tem por finalidade aconselhar e atender as necessidades relativas à reprodução e às infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Brasil, 2013).

No Brasil, a saúde reprodutiva é ofertada preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que desempenha papel crucial na promoção do acesso equitativo e contínuo na assistência à saúde. De acordo com Brasil (2017), a APS é a porta de entrada preferencial e centro de comunicação com a rede de atenção à saúde (RAS), reforçando a necessidade de assegurar a igualdade no acesso e estimular o uso dos serviços de saúde.

Dada a variedade de interpretações teóricas referentes às abordagens de acesso a serviços de saúde, Assis e Jesus (2012) desenvolveram um modelo conceitual para analisar a assistência prestada, que é composto por cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, que funcionam como pilar para a formulação de políticas públicas.

Entende-se que é fundamental a criação de estratégias que reorganizem as atividades e assegurem o acesso, aumentando a capacidade de atendimento às demandas de saúde para o funcionamento dos serviços da APS. Assim, apesar de serem complexas as diferentes dimensões, é possível afirmar que o acesso encontra na dimensão técnica e organizacional um desafio para o fortalecimento da APS (Camargo; Castanheira, 2020).

Nas unidades de saúde, a saúde reprodutiva é de responsabilidade de todos os profissionais de saúde, porém os enfermeiros desempenham um papel imprescindível na coordenação do cuidado. Sua assistência contempla tanto a execução de procedimentos quanto a necessidade de acolher as usuárias, de estar sensível aos seus anseios e angústias, de apoiar e ajudar as mulheres a tomar a melhor decisão quanto às questões relacionadas à reprodução, garantindo que seus direitos sejam assegurados e que elas tenham autonomia.

Assim, esse estudo torna-se relevante, pois embora existam leis e políticas que normatizam a implementação da assistência à saúde reprodutiva no Brasil e versem sobre a garantia do acesso aos métodos contraceptivos de curta e longa duração, os usuários, especialmente as mulheres, que acessam esses serviços ainda enfrentam dificuldades para o atendimento de suas demandas, quando conseguem utilizar tais serviços, nota-se pouca resolubilidade, pois os dados sobre gravidez não desejada, abortos inseguros e diminuição da autonomia sobre seus corpos e decisões reprodutivas permanecem.

Dessa forma, é imprescindível compreender os principais desafios enfrentados pelas mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, investigar as lacunas existentes nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e propor estratégias que promovam a autonomia e o bem-estar feminino. É necessário modificar as práticas dos profissionais de saúde, visando proporcionar uma assistência integral, resolutiva e equitativa, livre de discriminação e voltada para o acesso a informações sobre direitos reprodutivos e sexuais, métodos contraceptivos, que garantam às mulheres autonomia na decisão sobre sua própria fertilidade e sexualidade.

Por fim, é fundamental debater sobre o acesso das mulheres à contracepção e investigar suas intenções reprodutivas, com o intuito de ofertar o aconselhamento e os métodos de acordo com suas necessidades e preferências. Para isso, torna-se imprescindível que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) disponibilize contraceptivos diversos e em quantidade compatível com a realidade da área adscrita da Unidade de Saúde, porque a escassez de insumos é um entrave na escolha das usuárias e determina o uso de contracepção que não atende às características individuais, favorecendo os erros e interrupções de tratamento (Bezerra *et al*, 2018).

Diante desse contexto, este estudo objetivou identificar na literatura indexada como a

Atenção Primária à Saúde assegura o acesso aos serviços de saúde reprodutiva às mulheres.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa, guiada pelo acrônimo PICO: População - mulheres que acessam as Unidade de Saúde; Intervenção – acesso a saúde reprodutiva; Contexto - Atenção Primária à Saúde. Diante dessas definições foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: como a Atenção Primária à Saúde (APS) assegura o acesso aos serviços de saúde reprodutiva às mulheres?

Esta revisão foi desenvolvida nas seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; seleção bases indexadoras e definição dos critérios de inclusão e exclusão, seleção e extração dos dados, avaliação dos estudos incluídos, análise dos resultados e apresentação da síntese.

Foram considerados como critérios de inclusão estudos primários que puderam ser obtidos na íntegra, online; publicados em inglês, português e espanhol; que apresentaram dados sobre o acesso aos serviços de saúde reprodutiva por mulheres, publicados nos últimos 10 anos.

O recorte temporal levou em consideração o ano do lançamento do Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde, que é um marco importante para a assistência às mulheres que acessam os serviços de saúde reprodutiva na Atenção Primária em Saúde. Este documento foi publicado em 2013 e direciona as orientações técnicas dos profissionais de saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva, buscando uma abordagem integral e com enfoque na promoção dos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e reprodutivos.

Foram excluídos artigos que não se referiram a temática ou a população deste estudo, cartas aos editores, editoriais e a literatura cinzenta, como resumos apresentados em eventos, estudos de revisão de literatura, teses e dissertações, documentos governamentais e diretrizes práticas. Para a busca foram utilizados descritores controlados do tesauro dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (Mesh). O quadro abaixo, apresenta o mapeamento realizado:

Quadro 3 – Mapeamento sistemático de descritores, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024

	Mapeamento sistemático de descritores		
	DECS		MESH
P	Mulheres	Mujeres	Women
I	Saúde reprodutiva Direito à Saúde Acesso aos serviços de saúde Acesso à Atenção Primária	Salud Reproductiva Derecho a la Salud Accesibilidad a los Servicios de Salud Acceso a Atención Primaria	Reproductive Health Right to Health Health Services Accessibility Access to Primary Care
Co	Atenção Primária à Saúde Planejamento familiar	Atención Primaria de Salud Planificación Familiar	Primary Health Care

Fonte: Elaboração própria

Os descritores foram combinados através dos operadores booleanos "AND" e "OR" e de estratégias de truncamento. O Quadro 4 apresenta o *String* de busca, foram utilizados os filtros tempo e idioma:

Quadro 4 - *String* de busca nas bases de dados, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024

Base	Query	Nº
Medline	((("Women"[MeSH Terms] OR "Women"[Title/Abstract]) AND ("Reproductive Health"[MeSH Terms] OR "Right to Health"[MeSH Terms] OR "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Access to Primary Care"[MeSH Terms] OR "Reproductive Health"[Title/Abstract] OR "Right to Health"[Title/Abstract] OR "Health Services Accessibility"[Title/Abstract] OR "Access to Primary Care"[Title/Abstract]) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Primary Health Care"[Title/Abstract])) Filters: English, Portuguese, Spanish, from 2013 – 2024	770
Web of Science	((TS=(Women)) AND TS=("Reproductive Health" OR "Right to Health" OR "Health Services Accessibility" OR "Access to Primary Care")) AND TS=("Primary Health Care") and 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2018 or 2019 or 2017 or 2020 or 2021 or 2022 or 2023 or 2024 (Publication Years) and English or Portuguese or Spanish (Languages)	153
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (women) AND TITLE-ABS-KEY ("Reproductive Health" OR "Right to Health" OR "Health Services Accessibility" OR "Access to Primary Care") AND TITLE-ABS-KEY ("Primary Health Care")) AND PUBYEAR > 2013 AND PUBYEAR < 2024 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "English"))	681

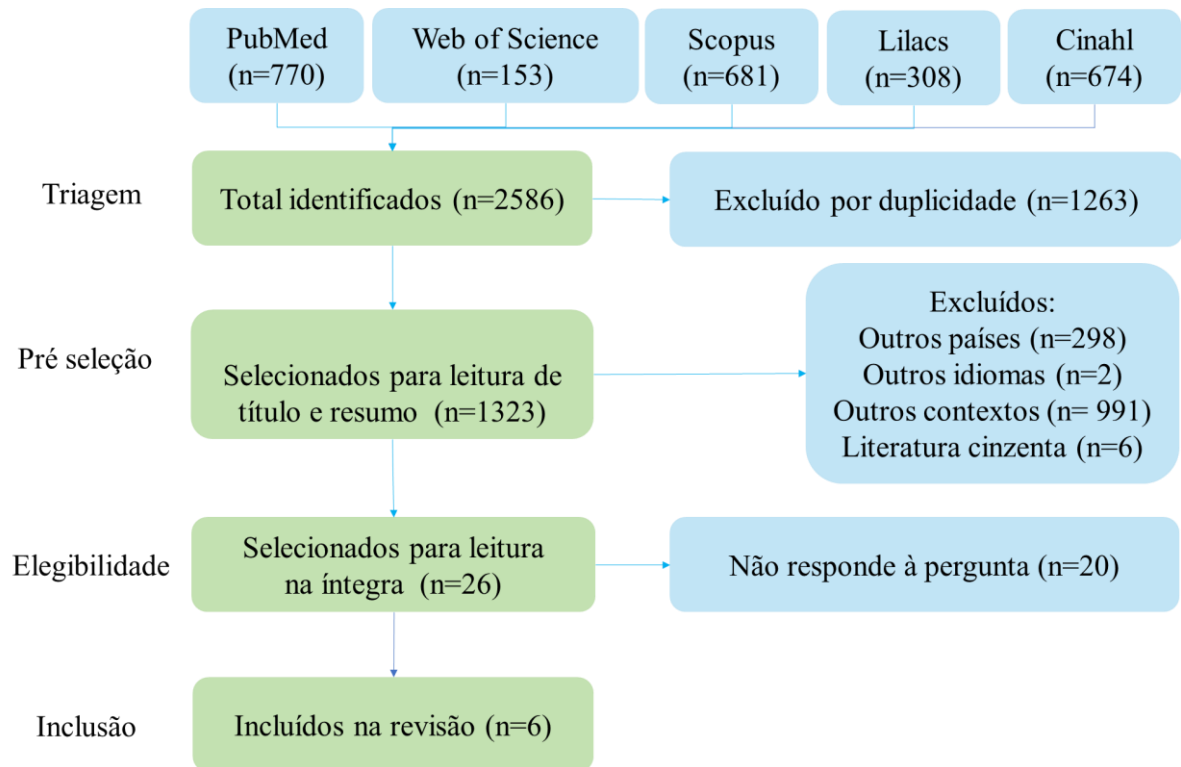
Lilacs	((women OR mulheres OR mujeres)) AND (("Saúde reprodutiva" OR "Direito à Saúde" OR "Acesso aos serviços de saúde" OR "Acesso à Atenção Primária" OR "Reproductive Health" OR "Right to Health" OR "Health Services Accessibility" OR "Access to Primary Care" OR "Salud Reproductiva" OR "Derecho a la Salud" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud" OR "Acceso a Atención Primaria")) AND (("Primary Health Care" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Planejamento familiar" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Planificación Familiar")) AND (db:("LILACS") AND la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster:[2013 TO 2024]) AND (year_cluster:[2013 TO 2024])	308
Cinahl	((MH "woman" OR woman) AND (MH "Reproductive Health" OR MH "Health Services Accessibility" OR MH "Right to Health" OR MH "Access to Primary Care" OR "Health Services Accessibility" OR "Right to Health" OR "Reproductive Health" OR "Access to Primary Care")) AND (MH Primary Health Care OR Primary Health Care))	674

Fonte: Elaboração própria

As bases eletrônicas utilizadas foram: Informação Científica e Técnica em *Saúde* da América Latina e Caribe (*Lilacs*) através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)* através da Pubmed, a *Web of Science*, o Índice Cumulativo em Enfermagem e Ciências Afins (*Cinahl*) e a Scopus com acesso pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a seleção destas buscou captar a literatura multiprofissional da área da saúde e a maior abrangência na distribuição geográfica brasileira.

A busca na literatura foi realizada em outubro de 2023 e atualizada em outubro de 2024, os resultados foram importados para o *Rayyan*® e feito o upload dos arquivos. Foram detectadas e excluídas as duplicidades e a seleção foi realizada por dois revisores de maneira independente, por meio da plataforma. Foi considerado o consenso entre a escolha de cada revisor para as discordâncias.

A seleção dos estudos adotou os passos definidos no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Page *et al*, 2020). Inicialmente, foram localizados 2586 artigos nas bases, 1606 estavam em duplicidade e foram excluídos, para a leitura de títulos e resumo 684 artigos foram selecionados. A prévia desta etapa pode ser visualizada na Figura 1.

Figura 2 - Fluxo de seleção dos artigos, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024

Fonte: adaptado de Page *et al* (2020)

Após a seleção dos artigos, foi confeccionado um quadro, que caracteriza os estudos encontrados em relação aos seguintes aspectos: título, autores, ano de publicação, periódico e principais resultados.

RESULTADOS

Foram identificados 2586 artigos, excluídas 1263 referências duplicadas, os 1323 artigos restantes foram submetidos à leitura de título e resumo e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando 26 para leitura do texto na íntegra. Destes, 20 não respondiam à questão de pesquisa e foram excluídos, restando 06 que compõem a amostra deste estudo. Todos os estudos representam a realidade do Brasil, mesmo publicados em periódicos internacionais.

Quadro 5 - Caracterização dos estudos da revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024

Autor/ano	Título	Periódico	Objetivo	Metodologia
Santos <i>et al</i> , 2016	Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará	Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde	Relatar a experiência da readequação do modelo de assistência ao planejamento familiar de uma UBS	Relato de experiência
Travassos <i>et al</i> , 2020	Acesso à contracepção durante a pandemia de Covid-19: barreiras e perspectivas	Caderno de Saúde Coletiva	Discutir a contracepção a partir das políticas públicas vigentes e do cenário mundial e brasileiro	Artigo de opinião
Paiva <i>et al</i> , 2019	Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde	Revista de APS	Conhecer o perfil e as percepções dos usuários da APS que procuram pelo planejamento reprodutivo sobre as atividades educativas	Estudo descritivo com abordagem qualitativa
Lacerda <i>et al</i> , 2021	Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	Enferm Foco	Descrever a vivência de enfermeiros na implementação do serviço de inserção de DIU de cobre na APS	Relato de experiência
Queiroga <i>et al</i> , 2023	Intervenção educativa para enfermeiros sobre saúde sexual e reprodutiva com ênfase em Dispositivo Intrauterino	Saberes Plur.	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa no conhecimento de enfermeiros sobre saúde sexual e reprodutiva, com enfoque no DIU	Estudo quase experimental
Nunes; Borges, 2022	Cuidado intergestacional na Atenção Primária à Saúde: elaboração de um material educativo	Revista de APS	Elaborar um material educativo sobre cuidado intergestacional profissionais da APS e mulheres.	Estudo metodológico

Fonte: elaboração própria

Dimensão organizacional

Figura 3 - Aspectos da dimensão organizacional emergidos na revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024



Fonte: elaboração própria

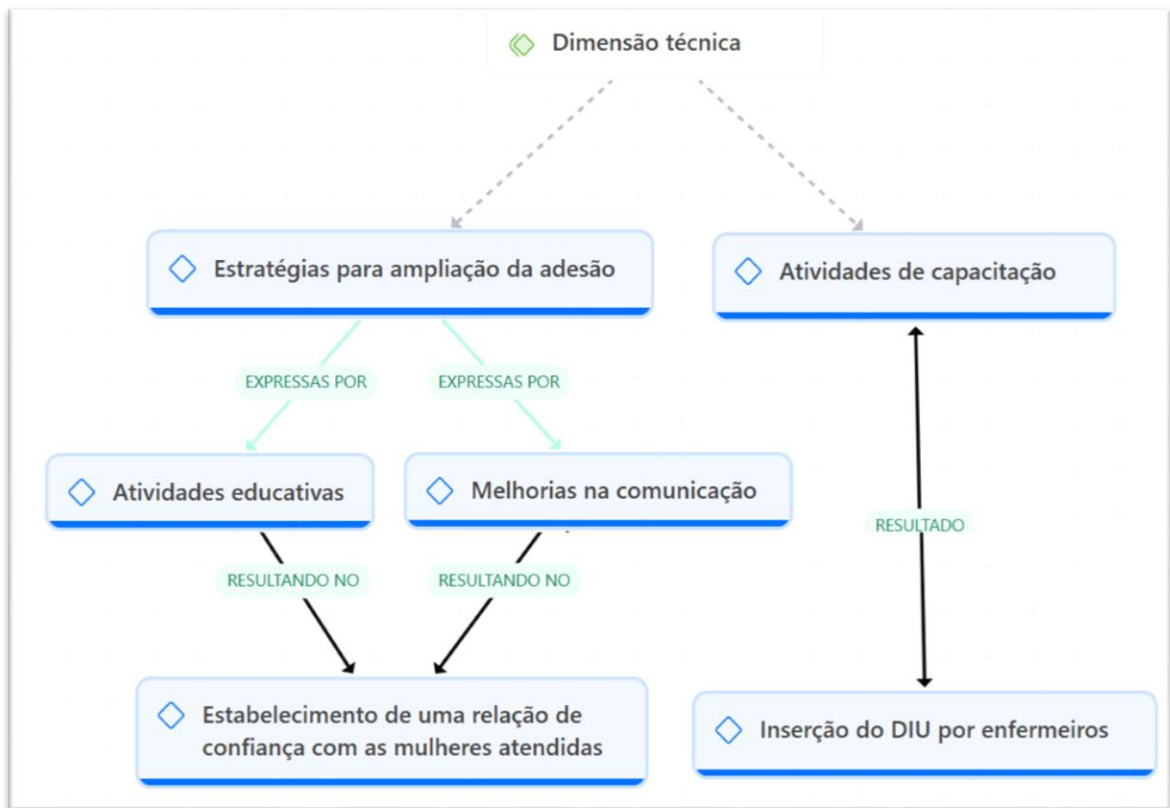
A ampliação do horário e dos dias em que as atividades são ofertadas na unidade, com a extensão para os finais de semana e à noite, além do aumento da frequência de sua realização contribuíram para a melhoria do acesso ao planejamento reprodutivo em Unidades Básicas de Saúde de um município de Minas Gerais (Paiva *et al*, 2019).

A desburocratização da inserção do DIU na APS, é uma das estratégias para ampliação ao acesso ao dispositivo, quando realizada de forma responsável e baseada em evidências científicas (Lacerda *et al*, 2021).

No Estado do Ceará, a implantação de um novo modelo de planejamento familiar contribuiu para o aumento do conhecimento das mulheres no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, antes da intervenção, as mulheres estavam habituadas a renovar receitas e uso dos métodos sem receber orientações da equipe de saúde (Santos *et al*, 2016). Na experiência, foi necessária a construção de um espaço de diálogo com as usuárias para a obtenção da adesão e fidelidade ao novo modelo proposto, no qual as mulheres eram estimuladas a frequentar a unidade, chegar no horário agendado, participar de momentos de orientação coletiva e individual.

Dimensão técnica

Figura 4 - Aspectos da dimensão técnica emergidos na revisão, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024



No município de Florianópolis, em Santa Catarina, por ocasião da implementação de um serviço de inserção do DIU de cobre por enfermeiros da APS, foi elaborado um material de apoio técnico alinhado às prerrogativas legais que tinha a função de normalizar a prática pelas profissionais (Lacerda *et al*, 2021). No estudo, foram desenvolvidos um Protocolo Clínico e um Procedimento Operacional Padrão (POP) que subsidiaram as capacitações teórico-práticas dos profissionais, padronizaram a técnica ampliando o acesso ao dispositivo na APS.

Para Lacerda *et al* (2021), a iniciativa também contribuiu para a formação de enfermeiros facilitadores para a prática da inserção do DIU e para a proposição de oficinas e workshops em parceria com a universidade, sendo a prática expandida para a capacitação de Enfermeiras dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Esta estratégia de capacitação foi replicada para outros municípios e outros Estados ampliando o acesso ao método contraceptivo em relação ao aumento do número de unidades que passaram a oferecer o serviço e os quantitativos mais utilizados pelas usuárias, direcionando as intervenções da equipe (Santos *et al*, 2016).

No estudo de Queiroga *et al* (2023), a intervenção educativa para a inserção do DIU promoveu atualização dos profissionais e melhorias no conteúdo das orientações e informações

dispensadas às mulheres, desconstruindo mitos, contribuindo para a ampliação da oferta do DIU e conseqüentemente reduzindo os índices de gravidez não planejada. No mais, a associação com o uso de tecnologias digitais na capacitação profissional, potencializou a realização de consultas e proporcionou ao profissional acesso às informações e atualização.

Outras estratégias também foram identificadas como positivas para ampliação do acesso e da adesão das pacientes aos serviços de planejamento reprodutivo como a elaboração de material educativo para as mulheres em idade reprodutiva e usuárias dos serviços de APS, como folders que podem ser utilizados em atendimentos individuais ou em grupos (Nunes; Borges, 2022); intervenções voltadas para saúde sexual e reprodutiva, com enfoque no DIU, podem oportunizar processos formativos e o desenvolvimento de competências e habilidades do profissionais, por meio da educação continuada, qualificando a APS e atenção especializada (Queiroga *et al*, 2023).

O registro sistemático de informações em livros ata permitiram que áreas de melhoria fossem identificadas na APS, revelando situações de maior ou menor participação das mulheres e a mensuração dos tipos de métodos contraceptivos.

Travassos *et al* (2022) identificaram elementos que podem facilitar a acessibilidade e a efetividade das iniciativas de planejamento sexual e reprodutivo na APS como a redução de barreiras organizacionais, a melhoria da comunicação, o fortalecimento da APS como porta de entrada para o cuidado à saúde, capacitação das equipes para uso de ferramentas tecnológicas e a simplificação dos protocolos logísticos farmacêuticos.

A teleconsulta também pode ser utilizada para a troca de informações e estímulo à autonomia das mulheres no autocuidado, evitando o aumento da exposição de pacientes e equipes de saúde a situações de risco como a recente pandemia por Coronavírus (Travassos *et al*, 2022).

A proposição de atividades educativas permite às usuárias o gerenciamento da sua saúde sexual e reprodutiva, algumas unidades utilizam álbuns seriados com informações sobre métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmitidas, que passam a ser aliados ao processo educacional tornando a consulta mais ilustrativa (Santos *et al*, 2016).

Em Paiva, *et al* (2019), as atividades educativas associam a distribuição de um “cartão da mulher e do homem” e de folhetos explicativos, que visam garantir o acesso das usuárias ao método escolhido, na mesma perspectiva, a utilização de recursos visuais, e sua disponibilização estratégica nas unidades melhoram a comunicação entre profissionais e usuários e ajudam na divulgação das atividades de planejamento reprodutivo.

DISCUSSÃO

A efetiva implementação do planejamento sexual e reprodutivo envolve múltiplos aspectos, desde a cultura de uma sociedade até aspectos operacionais e políticos do sistema de saúde. O modelo de análise de acesso ao sistema de saúde descrito por Assis e Jesus (2012), considera cinco dimensões que busca, de forma abrangente, compreender o acesso aos serviços de saúde. Estas dimensões possibilitam a análise da rede de assistência e a formulação de estratégias para superação de barreiras para a promoção de uma atenção integral, universal e equitativa.

Na APS brasileira, o planejamento sexual e reprodutivo deve promover o acesso aos serviços e a autonomia das pessoas sobre sua vida reprodutiva conforme preconizado em políticas e programas que incluam informação e disponibilidade dos métodos.

Contudo as dificuldades enfrentadas no cotidiano das equipes e das usuárias do sistema de saúde, têm desafiado a efetivação do acesso à saúde sexual e reprodutiva sendo necessário a criação de estratégias que possam assegurar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva às mulheres. Na revisão apresentada, apesar do número expressivo de artigos levantados acerca da temática, podemos observar o reduzido número de estudos que versam sobre essas estratégias.

Para Assis e Jesus (2012), a dimensão relacionada à organização da rede de saúde versa sobre a capacidade dos serviços de saúde em responder aos problemas da população, sendo a APS a porta de entrada para o sistema e a facilitação do acesso das usuárias é uma das suas estratégias.

No que tange a estes aspectos, a implantação de novos modelos assistenciais e a adequação dos horários de atendimento das usuárias foram as principais mudanças implementadas para a garantia do acesso.

A ampliação do número de profissionais e de unidades que ofertam a inserção do DIU e seu acompanhamento se mostra como um desafio em alguns estudos, ainda há que se considerar que a prática tem impactos positivo na redução de gravidez não planejada entre mulheres que apresentam risco clínico, podendo reduzir os indicadores de mortalidade materna (Fundação, 2024).

A dimensão técnica responsabiliza os trabalhadores de saúde, gestores e prestadores pelas ações de saúde e coloca o usuário no centro do processo da atenção à saúde (Assis; Jesus, 2012). No nosso estudo, esta dimensão é representada por estratégias de capacitação de profissionais, educação das usuárias, uso de tecnologias como a teleconsulta e da garantia da

continuidade do uso de métodos contraceptivos para as usuárias.

Qualificar os profissionais e empoderar as usuárias, disponibilizar métodos anticoncepcionais adequados para cada situação, têm se configurado práticas exitosas no SUS, devido à possibilidade do acesso das mulheres ao DIU e de amenizar as dificuldades já conhecidas dos serviços de saúde públicos, podendo contribuir para melhorar a qualidade de vida das mulheres (Queiroga *et al*, 2024).

Diante deste cenário, o esforço para que as enfermeiras possam atuar no aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos contribui para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e da autonomia da mulher, sendo um caminho para a redução das iniquidades em saúde (Santos; Acioli; Giovanella, 2024).

Um estudo que buscou compreender como ocorre o acesso às ofertas de dispositivo intrauterino para as mulheres no nível de Atenção Primária à Saúde observou que a falta de conhecimento das mulheres, de profissionais habilitados, a oferta insuficiente de métodos e o excesso de burocracias são fatores associados à descontinuação do uso de métodos contraceptivos, sendo importante a execução de ações de educação em saúde e a capacitação dos profissionais (Machado *et al*, 2023).

A ampliação do atendimento através do uso de tecnologias tem se mostrado como uma alternativa às barreiras geográficas e organizacionais nas unidades de saúde. A teleconsulta, que foi amplamente utilizada durante a pandemia por coronavírus, foi mencionada nesta revisão e no estudo de Ferreira e Souza (2021) como uma forma de cuidado que apesar de aceita pelos pacientes, pode apresentar alguns desafios durante a sua implantação e uso, como a necessidade de momentos síncronos e assíncronos. Para os autores, durante o projeto de implantação de serviços de telessaúde na atenção ao planejamento reprodutivo, devem ser pensados o financiamento, a logística e os recursos humanos, bem como um sistema de avaliação contínua para o êxito da iniciativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que as estratégias analisadas nos artigos selecionados estão direcionadas principalmente para as dimensões organizacional e técnica do acesso ao planejamento reprodutivo, reforçando a responsabilidade quase exclusivamente dos profissionais de saúde. As iniciativas de ampliação de horários, a desburocratização para inserção de dispositivos contraceptivos e a capacitação dos profissionais, embora importantes, abordam apenas aspectos técnicos e organizacionais da acessibilidade.

Entretanto para a efetiva ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo é necessária uma perspectiva mais abrangente que compreenda também as dimensões simbólica, política e econômico-social, as quais encontram-se pouco exploradas. Para isso, é importante que novos estudos sobre essas dimensões promovam uma responsabilização mais equilibrada, incluindo os gestores, que devem assumir um papel ativo na formulação de políticas e na alocação de recursos, facilitando assim um acesso mais equitativo e integral para as usuárias.

Dessa maneira, recomenda-se a realização de novas pesquisas que tragam uma perspectiva mais ampla, responsabilizando tanto gestores quanto profissionais pela construção de um ambiente de saúde inclusivo e responsivo às reais necessidades da população.

REFERÊNCIA

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v, 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BEZERRA, E. J. *et al.* Reproductive Planning and Family Health Strategy: Care Dynamics and the Challenges of the Program. **Arq Cienc Saúde UNIPAR**, v. 22, n. 2, p. 99-108, 2018. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, p. 68, 17 set. 2020. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 set. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface*, Botucatu, v. 24, 2020; 24(Supl.1): e190600. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. The role of telehealth in sexual and reproductive health services in the response to COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 21, p. 319–322, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100019>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e

do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Mortalidade Materna e Acesso ao Planejamento Reprodutivo**. Rio de Janeiro, 24 jul. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-mortalidade-materna-e-acesso-ao-planejamento-reprodutivo/>. Acesso em: 10 set. 2024.

LACERDA, L. D. *et al.* Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enferm Foco**, Brasília, n. 12, (Supl.1):99-104, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5209>

MACHADO *et al.* Desafios no acesso a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, e8312842898, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42898>

NUNES, B. K.; BORGES, A. L. V. Cuidado intergestacional na Atenção Primária à Saúde: elaboração de um material educativo. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.25, n.2, p. 394-409, abr.-jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.36669>.

PAGE, M. J. *et al.* PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **The BMJ**, Londres, v. 372, n. 160, p. 1-36, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160>. Acesso em: 15 set. 2023.

PAIVA, C. C. N. *et al.* Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.22, n.1, p. 23-46, jan./mar., 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>

QUEIROGA, V. E. *et al.* **Inserção do DIU na APS: estratégias de ampliação da assistência e acesso em saúde reprodutiva**. Distrito Federal: **Conasems**. 2024. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/experiencias/160_insercao-do-diu-na-aps-estrategias-de-ampliacao-da-assistencia-e-acesso-em-saude-reprodutiva. Acesso em: 12 out. 2024.

QUEIROGA, V. E. *et al.* Intervenção educativa para enfermeiros sobre saúde sexual e reprodutiva com ênfase em Dispositivo Intrauterino: efeito no conhecimento de enfermeiros. **Saberes Plur.**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. e135700, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i2.135700>

SANTOS, L.; ACIOLI, S.; GIOVANELLA, L. **Inserção de DIU por enfermeiras/os: melhoria do acesso com qualidade e segurança**, 2024. Rede de Pesquisa em atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://redeaps.org.br/informativos-e-noticias/noticias/insercao-de-diu-por-enfermeiras-os-melhoria-do-acesso-com-qualidade-e-seguranca/12382/> Acesso em: 12 set. 2024.

SANTOS, R. B. *et al.* Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>.

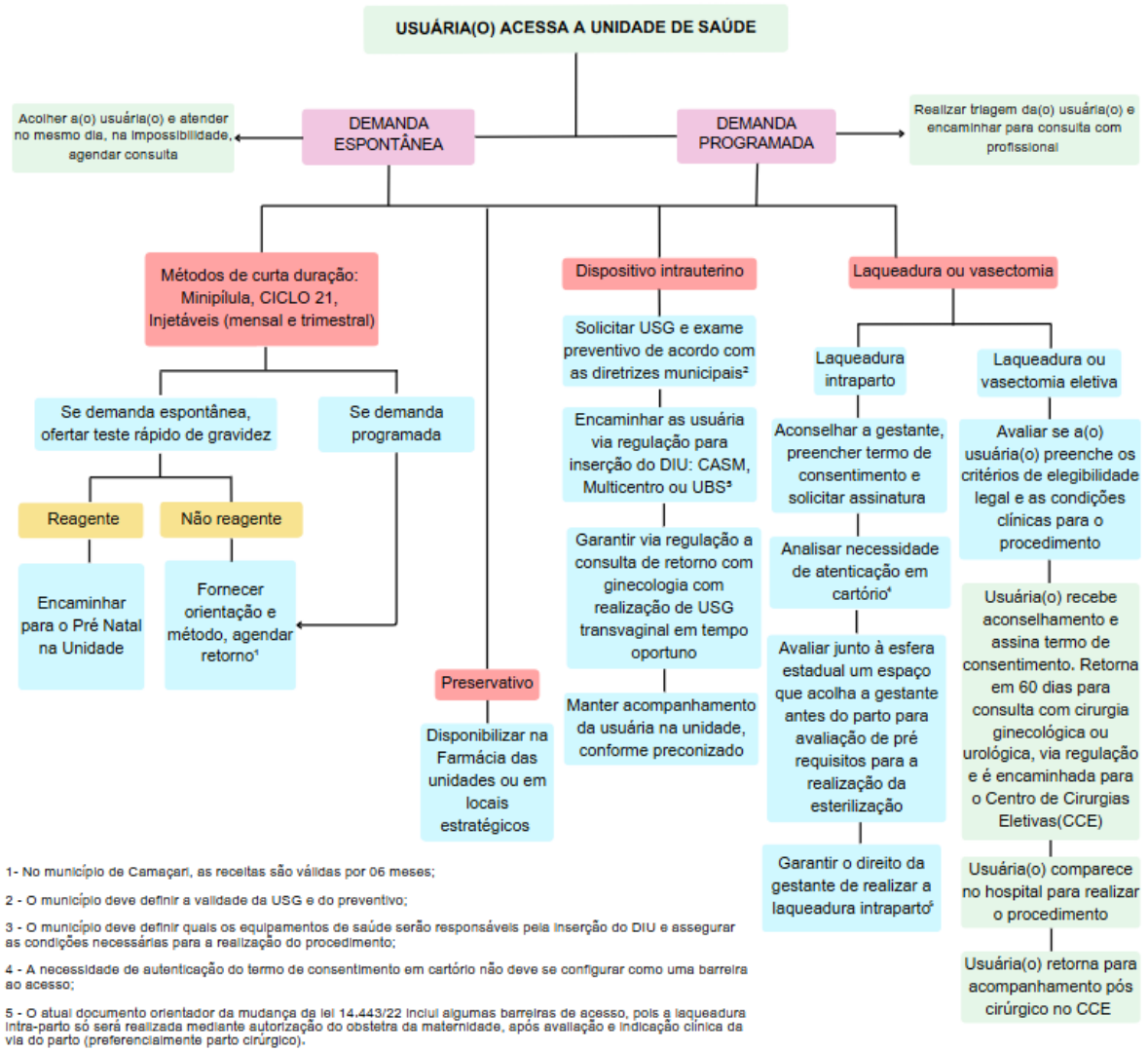
TRAVASSOS, A. G. A. *et al.* Access to contraception during the Covid-19 pandemic: barriers and perspectives. **Cad Saúde Colet**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.158-162, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X20>

5.2 FLUXOGRAMA DE ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA EM CAMAÇARI

O fluxograma foi elaborado a partir de um fluxo preexistente com base nos resultados do estudo que evidenciaram as barreiras de acesso ao planejamento reprodutivo.

Inicialmente, foi descrita a trajetória da (o) usuária (o) desde a sua entrada na unidade de saúde até os encaminhamentos realizados para garantir o acesso ao dispositivo intrauterino e a esterilização (laqueadura e vasectomia). Levando em consideração, o acesso a partir da demanda espontânea com oferta de teste rápido de gravidez e acolhimento ou marcação em tempo oportuno, e a demanda programada.

Figura 5 – Fluxograma de acesso à saúde reprodutiva em Camaçari, BA, Brasil, 2024



A oferta de métodos contraceptivos de curta duração, como minipílula, ciclo 21, injeções mensais e trimestrais, além de preservativos, é realizada diretamente na unidade de saúde. Durante o atendimento, o profissional orienta a usuária, fornece o método e agenda o retorno. No município, a receita tem validade de seis meses nas farmácias básicas, permitindo que os agendamentos sejam feitos com essa periodicidade, exceto em casos de dúvidas, efeitos colaterais ou outras necessidades da usuária.

Identificamos que os principais pontos críticos relacionados ao planejamento reprodutivo são a inserção do DIU e a oferta de esterilização. No que diz respeito ao DIU, é necessário que a gestão municipal defina a validade dos exames solicitados para orientar os profissionais de saúde a realizarem encaminhamentos seguros. Além disso, é fundamental determinar as unidades responsáveis pelo procedimento e garantir as condições necessárias para a sua execução, incluindo reserva de vagas para retorno nas agendas e a realização de ultrassonografia transvaginal pós-inserção por meio de regulação. É necessário definir junto aos profissionais a regularidade do acompanhamento.

Em relação à laqueadura, estruturamos o fluxograma em duas etapas: procedimentos realizados durante o intraparto e os eletivos, que são realizados no Centro de Cirurgias Eletivas (CCE) juntamente com as vasectomias. Referente a laqueadura no intraparto, é necessário o aconselhamento do profissional de saúde na consulta de pré-natal e preenchimento do termo de consentimento. A gestão municipal precisa avaliar a necessidade de autenticação em cartório, o que pode ser uma barreira de acesso, já que alguns usuários alegam não terem condições financeiras. Além disso, é preciso criar um espaço junto à esfera estadual, que possibilite o acolhimento dessa gestante e avaliação dos pré-requisitos para a realização do procedimento para que ela seja encaminhada para o parto com a certeza ou não da realização da esterilização, o que gera menos angústias e dúvidas. Ademais, é preciso entender que a laqueadura é um direito que não deve ser negado. Obviamente, é imprescindível avaliar condições de saúde para autorização ou não do procedimento, porém a sua realização não pode estar atrelada ao parto ser cirúrgico ou natural.

Com relação a esterilização eletiva, a (o) usuária (o), que preencher os critérios de elegibilidade legais e condições clínicas para realização do procedimento, deve receber aconselhamento do profissional de saúde e assinar o termo de consentimento. Ela (e) deve retornar em 60 dias para consulta com cirurgia ginecológica ou urológica, via regulação e será encaminhada (o) para o Centro de Cirurgias Eletivas (CCE), onde será agendado o procedimento. A usuária (o) compareceu ao hospital para realizar o procedimento e retorna para acompanhamento pós cirúrgico no CCE.

A pesquisadora pretende inicialmente convocar uma reunião com os gestores municipais para apresentar os resultados da pesquisa juntamente com a sugestão do fluxograma. Após validação da gestão, o fluxograma será disponibilizado na seção do site da prefeitura, onde será proposta a inserção dos documentos relacionados à saúde reprodutiva.

Subproduto 1 - Reunião para apresentação do Fluxograma de acesso à saúde reprodutiva em Camaçari

Pauta: Apresentação do fluxograma para organização do serviço de saúde reprodutiva em Camaçari

Data: 20/01/2025

Objetivo: Apresentar os resultados da pesquisa e propor a criação de um fluxograma unificado que mapeie todas as opções de assistência em saúde reprodutiva na RAS de Camaçari, com o intuito de otimizar o atendimento e orientar os profissionais de saúde.

Participantes convidados: Gestores municipais relacionados à saúde reprodutiva do município.

Descrição da Pauta:

- 1. Apresentação dos Resultados:** a pesquisadora identificou que os profissionais de saúde têm dúvidas ou desconhecem os fluxos de atendimento da saúde reprodutiva do município de Camaçari, o que impacta no acesso das usuárias aos serviços.
- 2. Proposta de solução:** criação de um fluxograma que englobe todas as opções de assistência em saúde reprodutiva na RAS de Camaçari e que trace os caminhos viáveis para orientar os profissionais de saúde na oferta de métodos contraceptivos.
- 3. Impacto Esperado:** espera-se que o fluxograma melhore a organização do atendimento à saúde reprodutiva, permitindo uma comunicação eficiente na rede de atenção à saúde e proporcionando um acesso mais inclusivo e facilitado às usuárias.
- 4. Relevância do Produto para o município:** este produto técnico representa a aplicação prática dos achados da pesquisa e poderá possibilitar uma mudança organizacional significativa no atendimento à saúde reprodutiva em Camaçari. A criação do fluxograma reflete o compromisso com a organização do cuidado e com a melhoria do acesso, promovendo uma assistência mais acessível e eficiente.

5.3 ACESSO RÁPIDO ÀS DIRETRIZES E PROTOCOLOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

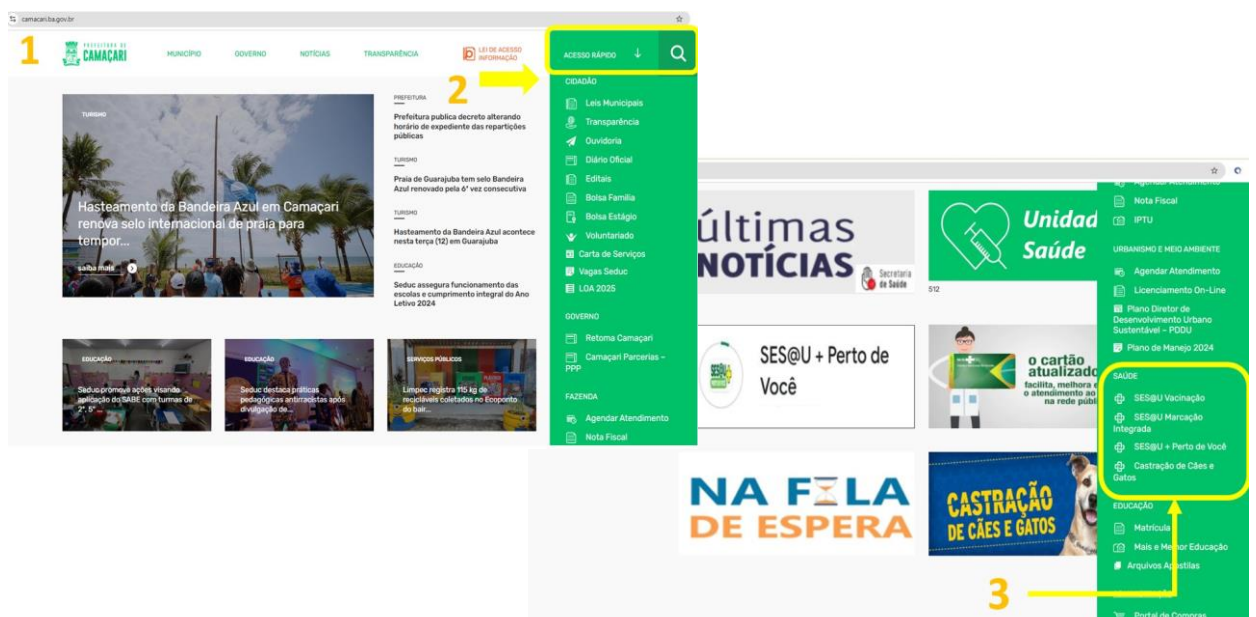
Diante do avanço tecnológico e do alcance da internet, os meios digitais têm sido cada vez mais utilizados na busca de informações, se constituindo como uma importante estratégia de divulgação de conteúdo e fonte de atualização profissional (Arroio *et al*, 2023).

A proposição deste estudo é a utilização do *website* da Prefeitura Municipal de Camaçari para a disponibilização de documentos norteadores, protocolos, guias e manuais que poderão servir de apoio para os profissionais e gestores na tomada de decisão e na prestação de cuidados.

Considerando a temática da saúde reprodutiva, os documentos já disponíveis no município podem ser anexados na *webpage*: “Documento orientador sobre esterilização cirúrgica voluntária: laqueadura tubária e vasectomia”, “Portaria 034/2016 de 01 de dezembro de 2016, Encaminhamentos, solicitações de exames e prescrições de rotina da(o) enfermeira(o) na Atenção Básica”, “Portaria nº 024/2021 de 16 de março de 2021, estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas unidades de saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido “acesso avançado” e o “Fluxograma de acesso à saúde reprodutiva”, proposto neste estudo.

O passo a passo para o acesso às informações pode ser realizado conforme indicado na figura 6: acessar o endereço <https://www.camacari.ba.gov.br/>, clicar na aba “Acesso Rápido” (passo 1) navegar até o menu “Saúde” (passo 2), onde estarão disponíveis os documentos.

Figura 6 - *Webpage* da Prefeitura de Camaçari, Feira de Santana, BA, Brasil, 2024



Fonte: <https://www.camacari.ba.gov.br/>

Subproduto 2 - Reunião para apresentação do Acesso rápido às diretrizes e protocolos de saúde reprodutiva.

Com o objetivo de sensibilizar a gestão municipal quanto à importância e a viabilidade da utilização desta tecnologia, será realizada uma reunião para exposição dos produtos e solicitação da implantação:

Pauta: Implementação de acesso rápido às diretrizes e fluxos de saúde reprodutiva no site do município buscando subsidiar o trabalhador em saúde

Data: 20 de janeiro de 2025

Objetivo: Apresentar os resultados da pesquisa e propor a criação de uma aba no site da prefeitura para o acesso rápido dos profissionais de saúde às diretrizes, portarias e fluxos relacionados à saúde reprodutiva.

Participantes convidados: Coordenador(a) de Saúde Reprodutiva do município de Camaçari e Coordenador(a) de Tecnologia da Informação e Comunicação do município de Camaçari

Descrição da Pauta:

1. **Apresentação dos Resultados:** Exposição dos achados da pesquisa, evidenciando lacunas no planejamento reprodutivo do município de Camaçari: o desconhecimento dos fluxos de atendimento, portarias e diretrizes por alguns profissionais de saúde, o que dificulta a garantia do acesso aos serviços de saúde para as usuárias da APS.
2. **Proposta de Solução:** Sugerir a criação de uma aba no site da prefeitura que centralize as diretrizes, portarias e fluxos da saúde reprodutiva, facilitando o acesso rápido das equipes de saúde. Essa medida visa reduzir a dependência de consultas ao diário oficial, e-mails ou aplicativos de mensagens, auxiliar os profissionais de saúde a fazerem encaminhamentos seguros e a prestarem uma assistência de qualidade aos usuários, aprimorando dessa forma, a coordenação dos cuidados.
3. **Impacto Esperado:** Facilitar a comunicação entre as equipes de saúde, assegurar a continuidade das diretrizes e protocolos da APS de forma mais acessível e prática, além de apoiar os profissionais na prestação de uma assistência integral e eficaz.
4. **Relevância do Produto para o município:** Este produto técnico visa aplicar diretamente os resultados da pesquisa e poderá promover mudanças organizacionais concretas e melhorar a coordenação do cuidado de saúde reprodutiva no município de Camaçari.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito, a partir da produção do cuidado no planejamento reprodutivo, utilizando as cinco dimensões do acesso: política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. A percepção de usuárias, profissionais de saúde e gestores permitiu compreender como a Atenção Primária em Saúde assegura o acesso à saúde reprodutiva enquanto direito, de acordo com a oferta de métodos contraceptivos e as facilidades e dificuldades encontradas para a garantia desse acesso.

Observou-se a necessidade de políticas públicas que garantam a efetiva implementação de serviços de saúde que assegurem o acesso aos contraceptivos, promovendo a universalidade, a integralidade e a equidade na assistência. O estudo destacou que as ausências de métodos e as deficiências dos fluxos estabelecidos pelo município impactam diretamente no acesso. Esse descompasso evidencia que, embora seja fundamental discutir os direitos sexuais e reprodutivos, a falta de medicamentos, as dificuldades na marcação dos exames no SUS e os obstáculos enfrentados pelas mulheres para obter acesso à saúde reprodutiva ainda persistem no sistema de saúde brasileiro.

Dessa forma, a categoria política esteve permeada por fatores técnicos e organizacionais, evidenciando a importância do estabelecimento de fluxos que otimizem o acesso à saúde reprodutiva e que sejam amplamente divulgados para os profissionais de saúde. Além disso, é necessário promover discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, fortalecendo a sensibilização de todos os atores.

Na dimensão técnica, a falta de atualizações relacionadas à saúde reprodutiva e a ausência de discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, além da inexistência de fluxos bem definidos para a oferta de métodos contraceptivos, contribuem para uma assistência fragmentada que não atende às necessidades das usuárias. Mostrando que investimentos em educação permanente devem ser prioritários e frequentes no município, considerando a alta rotatividade de profissionais de saúde, devido à contratação temporária de trabalhadores. Situação que deve ser superada, pois vem impactando negativamente no acesso e evidencia um aspecto importante da precarização do trabalho em saúde.

As questões organizacionais, como estruturação do fluxo de atendimento e disponibilização das informações aos trabalhadores de saúde, sob a forma de documentos e normativas de maneira acessível, poderá contribuir para amenizar as deficiências relatadas nesta dimensão.

É importante salientar, que a forma como o município estrutura os fluxos na rede de atenção à saúde atualmente limita a continuidade e a qualidade do atendimento ofertado, fato observado no que se refere aos métodos contraceptivos de longa duração.

Na dimensão econômico-social, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde reprodutiva são mais percebidas no contexto das vulnerabilidades, pois usuárias que enfrentam problemas socioeconômicos, limitações geográficas, possuem mais dificuldades para manter o uso de um contraceptivo de forma regular. Esse cenário perpetua a exclusão e reforça desigualdades de gênero e classe, mostrando a urgência de ações que mitiguem essas barreiras estruturais.

Os dilemas religiosos, tabus sociais e culturais têm interferido na escolha e no uso de métodos contraceptivos, como demonstrado na dimensão simbólica. As crenças pessoais, a falta de diálogo sobre direitos, sobre o planejamento reprodutivo e as pressões sociais, muitas vezes, impactam a tomada de decisões informadas pelas mulheres, contribuindo para limitações na autonomia das usuárias.

O estudo qualitativo apresentou-se adequado para a análise do acesso à saúde reprodutiva, considerando a percepção das usuárias, dos profissionais de saúde e gestores. Essa abordagem permitiu compreender que, a partir de uma adequada estruturação da rede de atenção e de uma ampla e diversificada oferta de métodos contraceptivos, é possível promover um acesso mais equitativo e efetivo aos serviços de saúde reprodutiva. Além disso, a pesquisa destacou a importância de implementar políticas públicas que garantam não apenas a disponibilidade de métodos, mas também a educação em saúde, a formação contínua dos profissionais e a integração entre os diferentes níveis de atenção. Isso contribuirá para fortalecer o empoderamento das usuárias, assegurando que suas necessidades e direitos sejam plenamente atendidos no contexto da saúde reprodutiva.

Destaca-se que estratégias de comunicação institucional mais efetivas são imperativas para instrumentalizar os profissionais do município e a adoção de tecnologias poderá intermediar essa prática. Este estudo identificou a ausência de um canal de comunicação oficial, facilitando o acesso das equipes e tornando o processo mais transparente para todos.

Portanto, um dos produtos propostos neste estudo visa centralizar as informações, permitindo pronta atualização e divulgação de normativas sobre as melhores práticas e atualizações na área de saúde reprodutiva. Questões como a readequação e publicação do fluxo relacionado ao DIU permitirá que as equipes tenham clareza sobre os pontos de inserção na RAS e os pré-requisitos necessários para a sua implementação.

Em relação a laqueadura, é importante garantir que a legislação atual seja respeitada,

estabelecendo processos claros de trabalho que embasem as equipes na assistência a esterilização, principalmente relacionada ao procedimento realizado durante o parto.

É perceptível que as equipes são sensíveis aos desafios enfrentados pelas mulheres, havendo interesse em ampliar acesso por meio da estratégia do acesso avançado, da educação em saúde e de atividades ainda pontuais em regiões mais distantes das unidades e com a população mais vulnerável.

Entre as limitações deste estudo, pode-se destacar o envolvimento da pesquisadora com a realidade analisada, o que pode ter influenciado nos resultados. Além disso, o município de Camaçari tem uma grande extensão territorial, o que pode gerar diferenças das experiências e percepções das usuárias, profissionais de saúde e gestores, sugerindo a necessidade de estudos adicionais com uma amostra mais representativa do município para que estes dados sejam generalizados.

Esperamos a partir dos resultados deste estudo e dos produtos elaborados que a atenção à saúde reprodutiva em Camaçari possa atender às necessidades das mulheres, favorecendo o exercício da autonomia reprodutiva de forma plena; instrumentalizar os profissionais de saúde com a divulgação adequada de informações e fluxos, de modo a aprimorar a prática e assegurar uma assistência de qualidade. Os gestores, por sua vez, podem planejar estratégias que aprimorem a organização da rede e dos fluxos estabelecidos, fortalecendo políticas que ampliem e facilitem o acesso à saúde reprodutiva no município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. F; ASSIS, M. M. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p. 85-93, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/efeitos-colaterais-e-alteracoes-fisiologicas-relacionadas-ao-uso-contínuo-de-anticoncepcionais-hormonais-orais-v-5-n-5.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.
- ALMEIDA, H. B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, e00022020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>
- ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. 52 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em 15 fev.2023.
- ALVES, V. L. S.; CUNHA, I. C. K. O.; MARIN, H. F. Criação de um web site para enfermeiros sobre pé diabético. **Acta paul. enferm.**, v. 19, n. 1, p. 56–61, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100009>.
- ARROIO, L. F. G. Development and content validity of a website for patients with coronary artery disease. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 76, n. 1, e20220302, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0302pt>
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v, 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815- 823, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300016>.
- ASSUNÇÃO, M. R. S. *et al.* A sexualidade feminina na consulta de enfermagem: potencialidades e limites. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. e68, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769239397>.
- AVILA, G. S., *et al.* Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enferm**, Paraná v. 27, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>.
- BARRETO, D.S. *et al.* Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2821, 2021. DOI: [https://doi.org/10.571/rbmfc16\(43\)2821](https://doi.org/10.571/rbmfc16(43)2821).
- BEZERRA, E. J. *et al.* Reproductive Planning and Family Health Strategy: Care Dynamics and the Challenges of the Program. **Arq Cienc Saúde UNIPAR**, v. 22, n. 2, p. 99-108, 2018. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349>.
- BRANDÃO, E. R. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de

Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher, **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.875-879, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10932017>

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
Acesso em: 1 set. 2022.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 07 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [...]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 08 abr. 2005b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023**, dispõe sobre o Programa Bolsa Família, instituído pela Medida Provisória nº 1.164, de 2023, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 jun. 2023. Seção 1, p. 1. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Lei/L14601.htm. Acesso em 12 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 561, p.17989, 15 jan. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em 10 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 24 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei n. 11340, de 7 de agosto de 2006**, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, n. 151, p.1, 08 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022**, altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de

métodos e técnicas contraceptivas [...]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, n. 169, p. 5, 05 set. 2022. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/norma/36328536/publicacao/36329049>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510 de 07 de abril de 2016**: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 580 de 22 de março de 2018**: estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: **DIU com Cobre TCu 380A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

CAMACARI. Secretaria Municipal de Saúde. **NASF. Guia de serviços**. Secretaria Municipal de Saúde: Camaçari, 2019

CAMACARI. Secretaria Municipal de Saúde. **Planejamento reprodutivo**: documento orientador sobre esterilização cirúrgica voluntária: laqueadura tubária e Vasectomia. 2023. Secretaria Municipal de Saúde: Camaçari, 2023.

CAMACARI. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 024/2021 de 16 de março de 2021 que estabelece como estratégia de organização do agendamento de atendimentos, consultas e reuniões nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, o modelo conhecido como “Acesso Avançado”**. 2021. Secretaria Municipal de Saúde: Camaçari, 2021.

CAMACARI. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 034/2016 de 01/12/16 que fala sobre encaminhamentos, solicitações de exames e prescrições de rotina da (o) Enfermeira (o) da Atenção Básica**. 2016. Secretaria Municipal de Saúde: Camaçari, 2016.

CAMARGO, D. S.; CASTANHEIRA, E. R. L. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface*, Botucatu, v. 24, 2020; 24(Supl.1): e190600. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>.

CAMIÁ, G. E. K.; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 26-34, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200004>.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>.

CANTALINO, J.L.R., *et al.* Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 55, p. 22, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>.

CANTO, F. de S. *et al.* Iniquidade de gênero e sua influência nas políticas de planejamento familiar brasileiras: uma análise da legislação. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Instituto Aggeu Magalhães –Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62095#:~:text=Ao%20longo%20dos%20anos%2C%20percebeu-se%20tend%C3%A2ncia%20em%20centralizar,modo%20a%20responsabilizar%20a%20mulher%20pelo%20planejamento%20familiar>. Acesso em: 15 set.2024.

CANUTO, L. E., *et al.* Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2378, 2021. DOI: 10.5712/rbmfc16(43)2378.

CHAVES, E. J. V., SOUSA, M. N. A. 25 anos da lei de Planejamento Familiar: Quais razões ainda limitam o amplo acesso a suas atribuições na Atenção Primária à Saúde? *Id on Line Rev. Mult. Psic, Cariri*, v. 15, n. 55, p. 20-32, mai., 2021. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v15i55.3029>

CIRINO, F. M. S. B., *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, **Rev Bras Med Fam Comunidade**, São Paulo, v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111)

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2023. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 13 set. 2024

COBO, B, CRUZ, C., DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>

COFEN. **Parecer de Conselheiro Federal nº 278/2017/COFEN**. Brasília: COFEN, 2017.

COHN, A; GLERIANO, J. S. A urgência da reinvenção da Reforma Sanitária Brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.21, e-0012, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159190>.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6853405/mod_resource/content/1/Dir_Sau_Rep.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

CORREA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003. p. 17-78.

CORRÊA, S; SEM, G. **Cairo + 5: no olho da tempestade**. Observatório da Cidadania, 1999.

COSTA, A. C. M., OLIVEIRA, B. L. C. A., ALVES, M. T. S. S. B. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 21, n. 2, p. 473-83, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200007>

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University. Oxford University Press: Oxford, 2003, 233p.

FARIAS, C.M.L., *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p.190-204, dez., 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. The role of telehealth in sexual and reproductive health services in the response to COVID-19. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 21, p. 319–322, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100019>.

FERREIRA, A. P. C. *et al.* (Des) conhecimento de mulheres sobre a utilização de métodos contraceptivos. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 13, n. 5, p.1354-1360, mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a239109p1354-1353-2019>.

FERREIRA, G. P., RODRIGUES, M. S. P. Percepções sobre a efetividade do planejamento familiar na atenção básica: a visão dos profissionais de saúde. **Rev Humanidades e Inovação**, Tocantins, v. 8, n. 61, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5694>. Acesso em: 12 ago. 2024.

FERREIRA, J. B., SOUZA, L. V., BERTAGNOLI, M. S. F. F. Facilitação de diálogos com profissionais na atenção primária em saúde. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 82-98, jan. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2024.

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FONTOURA, T.C.A.M., LIMA, W.C. O direito ao planejamento familiar frente aos entraves no poder de escolha da mulher: uma análise acerca da esterilização voluntária. **Revista de Estudos Jurídicos do UNI-RN**, Natal, n.6, jan. /dez. 2022. Disponível em: <https://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistajuridica/article/view/845>. Acesso em: 13 ago. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Mortalidade Materna e Acesso ao Planejamento Reprodutivo**. Rio de Janeiro, 24 jul. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-mortalidade-materna-e-acesso-ao-planejamento-reprodutivo/>. Acesso em: 10 set. 2024.

GUEDES, K. F.; RAIMUNDO, V. K.; BASTOS, S. H. Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 96–105, 2021. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.v22i2.38643>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz, Catalina. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996. p.177-198.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 20, supl.2, p. 331-6, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.

HARZHEIM, E. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 609-617, fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/serrinha.html>. Disponível em: 13 abr. 2023.

JACINTO, A. B. M., *et al.* Análise do Prêmio APS Forte: iniciativas sobre Áreas Remotas e Vulnerabilidade Social. **APS em Revista**, Belo Horizonte, vl. 2, n. 3, p. 231-239 | set./dez., 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.146>

JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Permanent education in Health and Active Learning methodologies: a systematic integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e39910313391, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13391>.

JANUÁRIO, T. G. F. M. *et al.* Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2283-2290, 2023 <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023>

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, jan. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.

LACERDA, L. D. *et al.* Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enferm Foco**, Brasília, n. 12, (Supl.1):99-104, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5209>

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244–253, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>.

LIMA, J. G. *et al.* Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00616190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>

LUES, M. F. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. **Acta Bioethica**, Santiago de Chile, v. 9, n. 1, p. 113-126, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2003000100011>.

MACHADO *et al.* Desafios no acesso a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária à saúde. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, e8312842898, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42898>

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas: 2003.

MARINI, J. M; RONCHETTI, R., ROMERO, S.S. Redes de atenção à saúde: a importância da referência e contrarreferência para a atuação integral na medicina. **Revista Perspectiva**, Erechim v. 48, n. 7, Edição Especial, p. 49-62, 2024. DOI: <https://doi.org/10.31512/persp.v.48.n.7.2024.402.p.49-62>

MESQUITA, A. L. M. *et al.* Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.16, n.12, p. 30191-30205, 2023 <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-068>

MELO, D.S. *et al.* O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para a Atenção Primária à Saúde **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4569-4578, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>

MENAGUALI, R. R., *et al.* Planejamento reprodutivo: fragilidades e resiliências do sistema único de saúde. **Revista Foco**, [S. l.], v. 17, n. 7, p. e5498, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n7-128>

MENDES, A., LEITE, M. G., CARNUT, L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 54, p. 77, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001661>.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

MILITÃO, *et al.* Eficácia das políticas de saúde reprodutiva: uma perspectiva multidisciplinar **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, Portugal, v. 16, n. 10, p.01-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-073>

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014

MONÇALVES, K. L. M. *et al.* Escolha da contracepção hormonal por mulheres assistidas na atenção primária: fatores limitantes e medo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringa, v. 22, p. e65836, 2023. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65836>

MORAES, A. C. B. *et al.* Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 498–508, jul/set. 2014. DOI: 10.5902/217976929998.

MORAES, L. X., *et al.* Planejamento familiar: dilemas bioéticos encontrados na literatura **Rev. bioét.** Brasília, v. 29, n. 2, p. 578-87, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293493>

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 15 nov. 2023.

NAKATA, L. C. *et al.* Conceitode rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. Maringa, **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190154, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>.

NOGUEIRA, C.S., FERREIRA, R.Y.S., MEDEIROS, F.C. (Des)interesse feminino pelo DIU

na APS **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3822, 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3822](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3822).

NUNES, B. K.; BORGES, A. L. V. Cuidado intergestacional na Atenção Primária à Saúde: elaboração de um material educativo. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.25, n.2, p. 394-409, abr.-jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.36669>.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Desigualdades no acesso à saúde: um olhar sobre a população negra na Atenção Primária à Saúde. *In*: OLIVEIRA, L. G. F. (org.). **Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização**. Curitiba: Editora Bagai, p. 47-56, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-205-4.18.03.23>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 66, n. esp, p. 158-64, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, M. H. B. de. Direito e Saúde: uma questão do humano. *In*: BRASIL (ed.). **Saúde e direitos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, p.47-50, 2004. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf. Acesso em: 23 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e Saúde - evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2011. Disponível:<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/mulheres-saude-evidencias-hoje-agenda-amanha.pdf> Acesso em: 14 set. 2024.

PAGE, M. J. *et al.* PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **The BMJ**, Londres, v. 372, n. 160, p. 1-36, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160>. Acesso em: 15 set. 2023.

PAIVA, C. C. N., CAETANO, R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo, **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190142, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142>

PAIVA, C. C. N. *et al.* Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>.

PARMEJANI, E.P, *et al.* Sexual and reproductive health in riverine communities: integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 55, e03664, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033103664>

PEIXOTO, F. D. F. Direitos Sexuais e Reprodutivos da mulher para além dos direitos humanos. *In*: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, 19., 2010, Florianópolis: **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3993.pdf>. Acesso em: 22 set. 2023.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, nov-dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600017>.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, Hagerstown, v. 19, p. 127-140, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3764310>. Acesso em: 10 out. 2024.

PINHO, L. B. *et al.* A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.9, n. 3, p. 835-46, 2007. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7511>.

PIRES, F., *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p.605-613, abr-jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>

PROTASIO, A. P. L., *et al.* User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 829-44, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>

QUEIROGA, V. E. *et al.* **Inserção do DIU na APS: estratégias de ampliação da assistência e acesso em saúde reprodutiva.** Distrito Federal: Conasems. 2024. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/experiencias/160_insercao-do-diu-na-aps-estrategias-de-ampliacao-da-assistencia-e-acesso-em-saude-reprodutiva. Acesso em: 12 out. 2024.

QUEIROGA, V. E. *et al.* Intervenção educativa para enfermeiros sobre saúde sexual e reprodutiva com ênfase em Dispositivo Intrauterino: efeito no conhecimento de enfermeiros. **Saberes Plur.**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. e135700, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v7i2.135700>

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil.** Orientador: SANTOS, L. A. de C. 2008. 126 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4646>. Acesso em: 12 out. 2023.

REIS, A. C., *et al.* Planejamento familiar: o conhecimento de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde sobre saúde reprodutiva. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. e393985459, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5459>.

RIBEIRO, T. N. Saúde reprodutiva e sexual masculina em Francisco Morato, SP: o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 695-706, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/F3gJyv8DvXyPwvr9VBJVszn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2023.

ROCHA, A.C.F., *et al.* Atividades de enfermagem no planejamento familiar: projeto de extensão universitária. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 1, n. 13, jan./jun., 2016 <https://doi.org/10.32356/exta.v1.n13.19709>

RODRIGUES, I. L. A.; TEIXEIRA, L. F. S.; NOGUEIRA, L. M. V. Tecnologia educacional sobre concepção oral: construção compartilhada com enfermeiros da assistência reprodutiva. **Rev Fun Care Online**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.53-58, jan./mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.53-58>.

ROJAS-ROJAS, L. A.; PINTO-ROSAS, E. M.; QUEMBA-MESA, M. P. Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva. **Revista Ciencia y Cuidado**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 51–65, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.3568>.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press, 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

SAMPAIO, L. M. B.; SOUSA, M. N. A. Introdução ao acesso avançado em unidade básica de saúde em região do semiárido brasileiro: um relato de experiência. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 2017–2031, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N3-047.

SANTOS, I. N., *et al.* Autonomia reprodutiva entre mulheres: uma revisão integrativa da literatura: autonomia reprodutiva entre mulheres. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 96, n. 37, p. e–021220, 2022. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1285>.

SANTOS, K. S. S. *et al.* A experiência de mulheres no pós-parto sobre planejamento familiar. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.12, n.1, p. 177-185, jan-abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p177-185>.

SANTOS, L.; ACIOLI, S.; GIOVANELLA, L. **Inserção de DIU por enfermeiras/os: melhoria do acesso com qualidade e segurança**, 2024. Rede de Pesquisa em atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://redeaps.org.br/informativos-e-noticias/noticias/insercão-de-diu-por-enfermeiras-os-melhoria-do-acesso-com-qualidade-e-seguranca/12382/> Acesso em: 12 set. 2024.

SANTOS, R. B., *et al.* Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>.

SANTOS, R.P.O., *et al.* Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre Brasil e Portugal **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2979-2992, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10002023>

SANTOS, W. E. P. NUNES, C. J. R. R. O acesso ao acolhimento e ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) – análise das principais normativas: relato de experiência, **Health Residencies Journal HRJ**, [S. l.], v. 4, n. 18, 2023. DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.712>.

SILVA, A. W. P, CAVALCANTI, M. A. F, NASCIMENTO, E. G. C. O conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres nordestinas. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 23, n. 3, jul./set.; 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.15837>

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-59, jan/mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

SILVA, L. B. L., LEME, R. S. A efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres à luz da Constituição Federal de 1988 - Direitos reprodutivos e sexuais das mulheres UNISANTA **Law and Social Science**, Santos, v. 11, n. 1, 2022, Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/861/861>. Acessado em 12 ago. 2024

SILVA, L. S, *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [S. l.]**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3575>.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129- 142, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100020>.

SOARES, D. A, *et al.* Atenção Primária à Saúde abrangente: análise a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família frente às doenças crônicas **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34015, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434015pt>.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Ver. Katál**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, suppl.1, p. s100-s110, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em 10 set. 2023.

STELET, Bruno P. *et al.* “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00588191. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S. Desigualdades sociais e políticas de saúde: conquistas, retrocessos e desafios. *In*: FARIA, L. *et al* (org.). **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**. Salvador: EDUFBA, p. 45-68. 2023. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/36470/1/formacao-profissional-acesso-e-desigualdades-sociais-no-contexto-pos-pandemico_RI.pdf. Acesso em: 14 mar. 2023.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3481-3490, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>.

TEODORO, L. P. P. *et al.* Só engravida quem quer? Práticas educativas nas ações de planejamento reprodutivo. Maringá, **Saud Pesq**, 2021 out./dez.; 14(4):827-838 DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n4e9094>.

TEODORO, L. P. P., *et al.* User perceptions about nursing actions for sexual and reproductive health. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. e1891210409, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10409>.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication, and equitable access to health care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, mai. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025>.

TRAVASSOS, A. G. A. *et al.* Access to contraception during the Covid-19 pandemic: barriers and perspectives. **Cad Saúde Colet**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.158-162, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020403>

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, São Paulo, v. 20, p. 190-198, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TRIGUEIRO, T. H, *et al.* Inserção de dispositivo intrauterino por médicos e enfermeiros em uma maternidade de risco habitual. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200015>.

UCHOA, Y. *et al.* Sexuality through the eyes of the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, nov-dez, p. 939-949, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7dtmjLMf3c4bHR8bgcQDFXg/?lang=en>. Acesso em: 12 set. 2023.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas Brasil (UNFPA); **Consenso de Montevideu sobre população e desenvolvimento**. 2023. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso_montevideo_por.pdf. Acesso em 12 set. 2023.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 9 set. 2023.

WACHELKE, João; WOLTER, Rafael. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. 2011, v. 27, n. 4, p. 521-526. Disponível em: Epub 12 Jan 2012. ISSN 1806-3446. Acesso em 29 de outubro de 2022

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed/Penso, 2016. 336 p.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIAS

O/A Senhor/a está sendo convidado/a a participar da pesquisa **intitulada ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO: um estudo a partir do planejamento familiar**. Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado desenvolvido pela pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Camaçari, Bahia e mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, com orientação da Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo.

Caso haja alguma palavra ou frase que o/a senhor/a não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. O objetivo desta pesquisa é **analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito a partir da produção do cuidado no planejamento familiar**, para isso pretendemos identificar o perfil de usuárias e dos serviços, conhecer a oferta dos métodos contraceptivos de curta e longa duração disponíveis, descrever as práticas de cuidado relacionados ao acesso ao planejamento familiar e investigar os principais desafios e barreiras enfrentados pelas mulheres à saúde reprodutiva via planejamento familiar.

Se o/a Sr./a aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são uma entrevista, sobre o seu atendimento na unidade. Esta será realizada em uma sala reservada e tem uma previsão de duração de 30 minutos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa são desconfortos ou lembranças de eventos estressores relacionadas aos relatos referentes aos seus atendimentos em relação à saúde reprodutiva, que podem gerar ansiedade e angústia.

Quanto a este aspecto, será proporcionado ao Sr./a um ambiente seguro onde você possa expressar suas ideias e opiniões, será lhes assegurado o absoluto anonimato de sua pessoa e de suas declarações. Caso você aceite, a entrevista será gravada e você poderá ouvir quantas vezes achar necessário e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa. A entrevista será posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. Não sendo autorizada a gravação, será feito uma síntese com as suas respostas e será encaminhada para verificação das informações prestadas. Garantimos que os dados serão utilizados apenas para construção dos resultados deste estudo e será garantido o anonimato e o sigilo das informações fornecidas.

Os dados desta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. A sua identificação se dará através da utilização de uma letra do alfabeto seguida de uma numeração sequencial.

As pesquisadoras solicitam que case o senhor/a senhora concorde em autorizar a captação de sua voz por meio de gravação da entrevista, que será utilizada apenas para os fins dessa pesquisa, tendo o cuidado de não o/a identificar e de manter o sigilo de todas as informações prestadas, assinale as opções sim ou não. Sendo que **sim**, o senhor/ a senhora autoriza a captação da sua voz e **não**, recusa que a voz seja gravada e dessa forma, será feita uma síntese com as suas respostas, caso deseje participar do estudo. Afirmamos, que a não autorização da captação de sua voz, não inviabiliza a participação no estudo e após as sínteses com as suas respostas, o senhor/a senhora poderá ler quantas vezes quiser, e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa.

() Sim, autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.

() Não, não autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios como contribuir para a melhoria do acesso à saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo do município de Camaçari-Ba; auxiliar as mulheres a compreenderem sobre seus corpos e terem autonomia para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado para elas; promover reflexões sobre as práticas de cuidados dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência. Além de colaborar com o estímulo à produção de novos trabalhos sobre saúde reprodutiva. Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o/a Sr./a decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo às suas atividades laborais na instituição.

Assinatura e carimbo do investigador

Participante da pesquisa

Também não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o/a Sr./a não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. E se porventura houver, você será ressarcido com a pesquisadora se comprometendo em pagar todos os custos e despesas que venha a ter decorrentes da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Os resultados da pesquisa também serão divulgados na Universidade Estadual de Feira de Santana e no município de Camaçari.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr/a, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o/a Sr./a queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa.

Caso o senhor/a sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor/a pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Caso o/a Sr./a tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, pelo telefone (71) 992051709, no Rua da Mangueira, S/N, Areias, Camaçari-BA, e/ou pelo e-mail: danni_marques@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso deseje prestar sua colaboração, assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com a pesquisadora, em duas vias, bem como rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, no mesmo local em que ocorrerá a entrevista e antes do seu início. Uma via deste documento ficará com você e a outra, com a pesquisadora. As entrevistas somente serão iniciadas após a aprovação do projeto pelo CEP/UEFS. As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo CEP:

- CEP UEFS - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, FEIRA DE SANTANA (BA) CEP: 44036-900; FONE: (75) 3161-8124 / E-MAIL: cep@uefs.br. Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta, das 13h30 às 17h30.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do/a Sr./a e a outra para os pesquisadores.

Camaçari, ____/____/____

Participante da pesquisa

Eu, Daniela Ferreira Bastos Marques, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

Camaçari, ____/____/____

Assinatura e carimbo do investigador

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O/A Senhor/a está sendo convidado/a a participar da pesquisa **intitulada ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO: um estudo a partir do planejamento familiar**. Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado desenvolvido pela pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Camaçari, Bahia e mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, com orientação da Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo.

Caso haja alguma palavra ou frase que o/a senhor/a não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. O objetivo desta pesquisa é **analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito a partir da produção do cuidado no planejamento familiar**, para isso pretendemos identificar o perfil de usuárias e dos serviços, conhecer a oferta dos métodos contraceptivos de curta e longa duração disponíveis, descrever as práticas de cuidado relacionados ao acesso ao planejamento familiar e investigar os principais desafios e barreiras enfrentados pelas mulheres à saúde reprodutiva via planejamento familiar.

Se o/a Sr./a aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são uma entrevista, sobre a sua atuação na unidade. Esta será realizada em uma sala reservada e tem uma previsão de duração de 30 minutos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa são serão perda de tempo de trabalho para responder à entrevista, o que pode afetar o fluxo de funcionamento da Unidade da qual faz parte. Além disso, a pesquisa pode causar desconforto ou trazer lembranças de eventos estressores relacionados às experiências no atendimento à saúde reprodutiva.

Quanto a este aspecto, será proporcionado ao Sr./a um ambiente seguro onde você possa expressar suas ideias e opiniões, será lhes assegurado o absoluto anonimato de sua pessoa e de suas declarações. Caso você aceite, a entrevista será gravada e você poderá ouvir quantas vezes achar necessário e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa. A entrevista será posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. Não sendo autorizada a gravação, será feito uma síntese com as suas respostas e será encaminhada para verificação das informações prestadas. Garantimos que os dados serão utilizados apenas para construção dos resultados deste estudo e será garantido o anonimato e o sigilo das informações fornecidas.

Os dados desta pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. A sua identificação se dará através da utilização de uma letra do alfabeto seguida de uma numeração sequencial.

As pesquisadoras solicitam que case o senhor/a senhora concorde em autorizar a captação de sua voz por meio de gravação da entrevista, que será utilizada apenas para os fins dessa pesquisa, tendo o cuidado de não o/a identificar e de manter o sigilo de todas as informações prestadas, assinale as opções sim ou não. Sendo que **sim**, o senhor/ a senhora autoriza a captação da sua voz e **não**, recusa que a voz seja gravada e dessa forma, será feita uma síntese com as suas respostas, caso deseje participar do estudo. Afirmamos, que a não autorização da captação de sua voz, não inviabiliza a participação no estudo e após as sínteses com as suas respostas, o senhor/a senhora poderá ler quantas vezes quiser, e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa.

() Sim, autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.

() Não, não autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios como contribuir para a melhoria do acesso à saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo do município de Camaçari-Ba; auxiliar as mulheres a compreenderem sobre seus corpos e terem autonomia para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado para elas; promover reflexões sobre as práticas de cuidados dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência. Além de colaborar com o estímulo à produção de novos trabalhos sobre saúde reprodutiva.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o/a Sr./a decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum

Assinatura e carimbo do investigador

Participante da pesquisa

prejuízo às suas atividades laborais na instituição.

Também não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o/a Sr./a não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. E se porventura houver, você será ressarcido com a pesquisadora se comprometendo em pagar todos os custos e despesas que venha a ter decorrentes da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Os resultados da pesquisa também serão divulgados na Universidade Estadual de Feira de Santana e no município de Camaçari.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr/a, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o/a Sr./a queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa. Caso o senhor/a sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor/a pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Caso o/a Sr./a tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, pelo telefone (71) 992051709, no Rua da Mangueira, S/N, Areias, Camaçari-BA, e/ou pelo e-mail: danni_marques@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

aApós ter sido informado (a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso deseje prestar sua colaboração, assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com a pesquisadora, em duas vias, bem como rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, no mesmo local em que ocorrerá a entrevista e antes do seu início. Uma via deste documento ficará com você e a outra, com a pesquisadora. As entrevistas somente serão iniciadas após a aprovação do projeto pelo CEP/UEFS. As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo CEP:

- CEP UEFS - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, FEIRA DE SANTANA (BA) CEP: 44036-900; FONE: (75) 3161-8124 / E-MAIL: cep@uefs.br. Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta, das 13h30 às 17h30.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do/a Sr./a e a outra para os pesquisadores.

Camaçari, ____/____/____

Participante da pesquisa

Eu, Daniela Ferreira Bastos Marques, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

Camaçari, ____/____/____

Assinatura e carimbo do investigador

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES MUNICIPAIS

O/A Senhor/a está sendo convidado/a a participar da pesquisa **intitulada ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO: um estudo a partir do planejamento familiar**. Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado desenvolvido pela pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, Enfermeira da Atenção Primária à Saúde do município de Camaçari, Bahia e mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, com orientação da Prof.^a Dr.^a Juliana Alves Leite. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo.

Caso haja alguma palavra ou frase que o/a senhor/a não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. O objetivo desta pesquisa é **analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA enquanto direito a partir da produção do cuidado no planejamento familiar**, para isso pretendemos identificar o perfil de usuárias e dos serviços, conhecer a oferta dos métodos contraceptivos de curta e longa duração disponíveis, descrever as práticas de cuidado relacionados ao acesso ao planejamento familiar e investigar os principais desafios e barreiras enfrentados pelas mulheres à saúde reprodutiva via planejamento familiar.

Se o/a Sr./a aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são uma entrevista, sobre a gestão das Unidades que prestam atendimento de planejamento reprodutivo. Esta será realizada em uma sala reservada e tem uma previsão de duração de 30 minutos.

Caso deseje, a sua realização pode se dar de forma virtual através de plataforma online e será enviado link antes do horário da entrevista, que será previamente agendada através de contato via WhatsApp ou por e-mail, se assim preferir. Sendo que esse termo deverá ser assinado e enviado para a pesquisadora antes da entrevista. Oriente que o (a) Senhor (a), guarde uma cópia desse termo assinado em seus arquivos. A assinatura do TCLE poderá ser feita através do aplicativo Gov.br presente em Android e iOS ou o documento poderá ser impresso, assinado, tirado foto legível ou escaneado e enviado por e-mail ou WhatsApp, sendo que o participante deverá assinar em todas as páginas do termo, assim como a pesquisadora.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são perda de tempo de trabalho para responder à entrevista ou utilização de período de descanso, caso seja agendada entrevista a noite ou aos finais de semana. Além disso, podem ocorrer riscos decorrentes do ambiente virtual, meios eletrônicos ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas.

Por se tratar de entrevista realizada em ambiente digital/virtual, a pesquisadora irá entrar em contato via WhatsApp ou e-mail, como você preferir, e será enviado TCLE para a leitura e caso, deseje participar da pesquisa, deverá ser assinado e no dia agendado, será enviado link para a realização da entrevista.

Quanto a este aspecto, será proporcionado ao Sr./a um ambiente seguro onde você possa expressar suas ideias e opiniões, será lhes assegurado o absoluto anonimato de sua pessoa e de suas declarações. Caso você aceite, a entrevista será gravada e você poderá ouvir quantas vezes achar necessário e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa. A entrevista será posteriormente transcrita para elaboração da pesquisa. Não sendo autorizada a gravação, será feito uma síntese com as suas respostas e será encaminhada para verificação das informações prestadas. Garantimos que os dados serão utilizados apenas para construção dos resultados deste estudo e será garantido o anonimato e o sigilo das informações fornecidas.

As pesquisadoras solicitam que case o senhor/a senhora concorde em autorizar a captação de sua voz por meio de gravação da entrevista, que será utilizada apenas para os fins dessa pesquisa, tendo o cuidado de não o/a identificar e de manter o sigilo de todas as informações prestadas, assinale as opções sim ou não. Sendo que **sim**, o senhor/ a senhora autoriza a captação da sua voz e **não**, recusa que a voz seja gravada e dessa forma, será feita uma síntese com as suas respostas, caso deseje participar do estudo. Afirmamos, que a não autorização da captação de sua voz, não inviabiliza a participação no estudo e após as sínteses com as suas respostas, o senhor/a senhora poderá ler quantas vezes quiser, e poderá modificar ou excluir trechos ou a entrevista completa

- () Sim, autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.
() Não, não autorizo a captação da minha voz para os propósitos da pesquisa descritos nesse termo.

Assinatura e carimbo do investigador

Participante da pesquisa

A sua identificação se dará através da utilização de uma letra do alfabeto seguida de uma numeração sequencial.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios como contribuir para a melhoria do acesso à saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo do município de Camaçari-Ba; auxiliar as mulheres a compreenderem sobre seus corpos e terem autonomia para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado para elas; promover reflexões sobre as práticas de cuidados dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência. Além de colaborar com o estímulo à produção de novos trabalhos sobre saúde reprodutiva.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o/a Sr./a decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo às suas atividades laborais na instituição.

Também não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o/a Sr./a não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. E se porventura houver, você será ressarcido com a pesquisadora se comprometendo em pagar todos os custos e despesas que venha a ter decorrentes da pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Os resultados da pesquisa também serão divulgados na Universidade Estadual de Feira de Santana e no município de Camaçari.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr/a, o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o/a Sr./a queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa. Caso o senhor/a sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor/a pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Caso o/a Sr./a tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques, pelo telefone (71) 992051709, no Rua da Mangueira, S/N, Areias, Camaçari-BA, e/ou pelo e-mail: danni_marques@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa (objetivo, benefícios e riscos), caso deseje prestar sua colaboração, assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com a pesquisadora, em duas vias, bem como rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, no mesmo local em que ocorrerá a entrevista e antes do seu início. Uma via deste documento ficará com você e a outra, com a pesquisadora. As entrevistas somente serão iniciadas após a aprovação do projeto pelo CEP/UEFS. Por se tratar de uma entrevista realizada em ambiente digital/virtual, a assinatura desse termo poderá ser feita através do aplicativo Gov.br presente em Android e iOS ou o documento poderá ser impresso, assinado, tirado foto legível ou escaneado e enviado por e-mail ou WhatsApp, sendo que o participante deverá assinar em todas as páginas do termo, assim como a pesquisadora. As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo CEP:

- CEP UEFS - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA.

Assinatura e carimbo do investigador

Participante da pesquisa

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, FEIRA DE SANTANA (BA) CEP: 44036-900; FONE: (75) 3161-8124 / E-MAIL: cep@uefs.br. Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta, das 13h30 às 17h30.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do/a Sr./a e a outra para os pesquisadores.

Participante da pesquisa

Camaçari, ____/____/____

Eu, Daniela Ferreira Bastos Marques, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

Assinatura e carimbo do investigador

Camaçari, ____/____/____

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (USUÁRIAS)

Nº da entrevista	Código da entrevistada	Data	Início	Término	Local

I - Caracterização sociodemográfica

Idade:

Raça/Cor:

Religião:

Escolaridade:

Renda:

Estado civil:

Número de filhos:

Ocupação/Profissão:

Você tem plano de saúde?

Usa integralmente o SUS?

Você está empregada no momento?

Qual a situação da sua moradia atual?

Você já sofreu preconceito no serviço de saúde? Se sim, como se sentiu?

O que você acha da distância entre a sua residência e a unidade de saúde?

Como é o trajeto até você chegar na unidade de saúde?

Quanto tempo você tem cadastrada/ acompanhada na Unidade?

II - Roteiro de entrevista por dimensão do acesso

Dimensão Organizacional:

- Como você avalia os serviços de saúde reprodutiva ofertados em sua região ou comunidade? Sugere alguma melhoria para o acesso?

Dimensão Econômico-Social:

- As suas questões financeiras afetam sua capacidade de acessar serviços de saúde reprodutiva?
- Você sentiu que sua situação econômica ou social influenciou suas escolhas em relação ao planejamento reprodutivo?
- Existe algum estigma social associado ao planejamento reprodutivo em sua comunidade?
- Você acredita que a educação sobre saúde reprodutiva é acessível e eficaz para todos os grupos sociais?

Dimensão Técnica:

- Que tipo de informações e aconselhamento você recebeu em relação à saúde

reprodutiva?

- Como você avalia o nível de competência técnica dos profissionais de saúde que você encontrou em relação ao planejamento reprodutivo?
- Você teve acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros? Se sim, como foi sua experiência em usá-los?
- O que te faz interromper o uso das medicações e seguir as orientações de terceiros ao invés de seguir as orientações dos profissionais de saúde?

Dimensão Simbólica:

- Como as crenças culturais, religiosas ou sociais afetam suas decisões em relação à saúde reprodutiva?
- Sua religião permite que você faça uso das medicações contraceptivas? Se não, por quê?
- Você sentiu algum estigma associado a certos métodos contraceptivos ou escolhas de planejamento reprodutivo?
- Como você lida com a pressão social ou familiar em relação às suas decisões de planejamento reprodutivo?
- Você acredita que há mudanças na forma como a sociedade percebe e aceita a saúde reprodutiva?

Dimensão Política:

- Você acredita que as políticas públicas em relação à saúde reprodutiva são suficientes e eficazes em sua região?
- Como as políticas governamentais afetam seu acesso aos serviços de saúde reprodutiva?
- Quais mudanças você gostaria de ver nas políticas de saúde reprodutiva em sua comunidade ou país?

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
(PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

Nº da entrevista	Código da entrevistada	Data	Início	Término	Local

I - Caracterização do (a) entrevistado (a)

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Cargo e/ou função no serviço: _____

Categoria Profissional: _____

Ano de Conclusão do Curso de Graduação/ educação profissional: _____

Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____

Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____

Especialização/ Pós-graduação _____

II – Roteiro da entrevista por dimensão de acesso

Dimensão Organizacional:

- Como você descreveria a disponibilidade de serviços de saúde reprodutiva na unidade de saúde onde trabalha?
- Quais são os principais desafios que você enfrenta ao tentar fornecer serviços de saúde reprodutiva eficazes e acessíveis?
- Quais políticas ou protocolos de saúde reprodutiva estão em vigor na sua unidade? Eles facilitam ou dificultam o acesso dos pacientes?
- Como você e sua equipe abordam a questão da acessibilidade organizacional para os pacientes em relação à saúde reprodutiva?
- Como vocês garantem o acesso da demanda espontânea?
- Vocês conhecem todos os fluxos de encaminhamentos na saúde reprodutiva?

Dimensão Econômico-Social:

- Como as questões econômicas e sociais afetam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde reprodutiva na sua prática?
- Você observou alguma disparidade no acesso à saúde reprodutiva com base em fatores econômicos ou sociais?
- Que estratégias ou recursos são disponibilizados para ajudar pacientes de diferentes

grupos socioeconômicos a acessar cuidados de saúde reprodutiva?

- Como você lida com questões éticas relacionadas à capacidade dos pacientes de pagar por serviços de saúde reprodutiva?

Dimensão Técnica:

- Como você e sua equipe garantem que os pacientes recebam informações precisas e abrangentes sobre saúde reprodutiva?
- Como você avalia a qualidade técnica dos serviços de saúde reprodutiva que você presta? Quais são os principais desafios nesse sentido?
- Que tipos de métodos contraceptivos e serviços de planejamento reprodutivo estão disponíveis em sua prática? Eles atendem às necessidades dos pacientes?
- Como você lida com casos em que pacientes têm preocupações técnicas ou de saúde específicas relacionadas à saúde reprodutiva?

Dimensão Simbólica:

- Como as crenças culturais e religiosas dos pacientes impactam as decisões relacionadas à saúde reprodutiva e o acesso aos serviços?
- Você já encontrou situações em que os pacientes enfrentam estigma social ou pressão cultural em relação à saúde reprodutiva? Como você lida com isso?
- Que abordagens você utiliza para respeitar as escolhas culturais e valores dos pacientes ao fornecer serviços de saúde reprodutiva?
- Como você acha que a sensibilidade cultural e o respeito à diversidade influenciam a prestação de serviços de saúde reprodutiva?

Dimensão Política:

- Como as políticas governamentais em relação à saúde reprodutiva afetam seu trabalho e a acessibilidade dos pacientes aos serviços?
- Você acredita que as políticas de saúde reprodutiva são adequadas para garantir o acesso equitativo dos pacientes?
- Em sua opinião, quais mudanças políticas seriam necessárias para melhorar o acesso à saúde reprodutiva como um direito?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (GESTORES)

Nº da entrevista	Código da entrevistada	Data	Início	Término	Local

I - Caracterização do (a) entrevistado (a)

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Cargo e/ou função no serviço: _____

Categoria Profissional: _____

Ano de Conclusão do Curso de Graduação/ educação profissional: _____

Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____

Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____

Especialização/ Pós-graduação _____

II – Roteiro de entrevista por dimensão de acesso

Dimensão Organizacional:

- Como o governo municipal está organizado para fornecer serviços de saúde reprodutiva à população?
- Quais são os principais desafios enfrentados pela administração municipal na oferta de serviços de saúde reprodutiva?
- Quais políticas e estratégias foram implementadas para garantir a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva em seu município?
- Como você avalia a colaboração entre diferentes órgãos e instituições na prestação de serviços de saúde reprodutiva?

Dimensão Econômico-Social:

- Quais são os fatores econômicos e sociais que afetam o acesso da população aos serviços de saúde reprodutiva em seu município?
- Que medidas estão sendo tomadas para reduzir as disparidades econômicas e sociais no acesso à saúde reprodutiva?
- Como o governo municipal lida com questões de financiamento e recursos para a saúde reprodutiva?
- Existe algum programa específico de apoio a grupos vulneráveis em relação à saúde

reprodutiva?

Dimensão Técnica:

- Quais são as principais estratégias para garantir que os profissionais de saúde em seu município estejam bem treinados e atualizados em relação à saúde reprodutiva?
- Como são fornecidas informações e serviços de planejamento reprodutivo aos residentes do município?
- Quais métodos contraceptivos e serviços de saúde reprodutiva estão disponíveis e promovidos pela administração municipal?
- Como a tecnologia e a inovação estão sendo usadas para melhorar a prestação de serviços de saúde reprodutiva em seu município?
- Porque os dados do SISAB não são compatíveis com a quantidade de métodos disponíveis?

Dimensão Simbólica:

- Como as crenças culturais e religiosas da comunidade afetam as políticas e programas de saúde reprodutiva em seu município?
- Como o governo municipal aborda a sensibilidade cultural e o respeito à diversidade na área de saúde reprodutiva?
- Que estratégias são utilizadas para promover uma abordagem inclusiva e respeitosa em relação à saúde reprodutiva?

Dimensão Política:

- Como as políticas governamentais de nível municipal afetam o acesso à saúde reprodutiva para os residentes?
- Quais mudanças políticas você acredita que seriam necessárias para melhorar o acesso à saúde reprodutiva como um direito em seu município?
- Como o governo municipal acompanha e avalia a eficácia de suas políticas e programas de saúde reprodutiva?

APÊNDICE G – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DIMENSÕES	ANOTAÇÕES
<p align="center"> FLUXOS MUNICIPAIS EXISTENTES RELACIONADOS À SAÚDE REPRODUTIVA </p>	<p> POLÍTICA – Os fluxos do município são amplamente divulgados entre os profissionais de saúde? Existe um fluxo com todos os equipamentos voltados à saúde da mulher? ORGANIZACIONAL – A organização dos serviços é barreira ou auxilia as usuárias a serem assistidas nos serviços de saúde reprodutiva? SIMBÓLICA – Os fluxos atendem a todas as mulheres, principalmente as mais vulneráveis? </p>	

APÊNDICE H – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

I - Caracterização da observação

Início: _____

Término: _____

Data ____/____/____

Local _____

1 Organização dos serviços de saúde

- A organização e rotinas das unidades.
- O acolhimento prestado pelos trabalhadores — incluindo recepcionistas, vigilantes, reguladores, atendentes de farmácia e farmacêuticos — aos usuários que acessaram os serviços.
- A oferta de medicamentos e relatos de falta durante a distribuição.
- O agendamento de consultas e o manejo da demanda espontânea.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO



ESTADO DA BAHIA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
 SECRETARIA DE SAÚDE
 Rua Francisco Drumond, s/nº - Centro Administrativo. CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA.
 Telefone: (71) 3621-6824 / 3621-6825 / Fax: (71) 3621-6637
 E-mail: saude.camacari23@gmail.com
 CGC nº. 11.432.780.0001-65

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Elias Natan Moraes Dias, ocupante do cargo de secretário da **Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA**, autorizo a pesquisadora Daniela Ferreira Bastos Marques sob orientação da Profª. Dra. Juliana Alves Leite Leal, da Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS, autoras do projeto intitulado “ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO: um estudo a partir do planejamento familiar”, a realizar coleta de dados em unidades de saúde do Distrito da Costa Litorânea, por meio de entrevista semiestruturada com profissionais de saúde e usuárias voluntárias, das Unidades de Saúde da Família de: Areias, Pé de Areias, Fonte das Águas e Unidade Básica de Saúde de Arembepe e com gestores municipais que são diretores/coordenadores de setores da Secretaria Municipal de Saúde direcionados a atenção à saúde da mulher (regulação, farmácia, área técnica em saúde da mulher) e de estabelecimentos de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva no município (CASM, Maternidade Regional de Camaçari).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 e nº 510/16, o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicita-se que ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

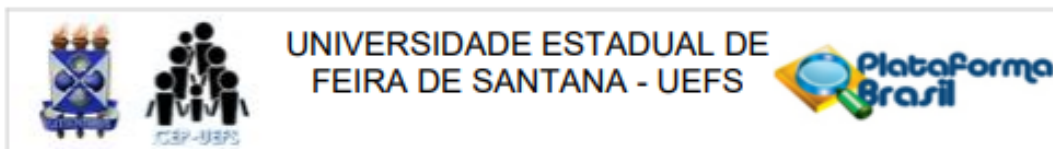
Camaçari, 30 de novembro de 2023.

Elias Natan Moraes Dias

Elias Natan Moraes Dias
 Secretário de Saúde - Camaçari-BA

Prefeitura Municipal de Camaçari
 Secretaria de Saúde
 Dr. Elias Natan M. Dias
 Secretário de Saúde

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO A SAÚDE REPRODUTIVA ENQUANTO DIREITO: um estudo a partir do planejamento familiar

Pesquisador: DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76369323.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.726.947

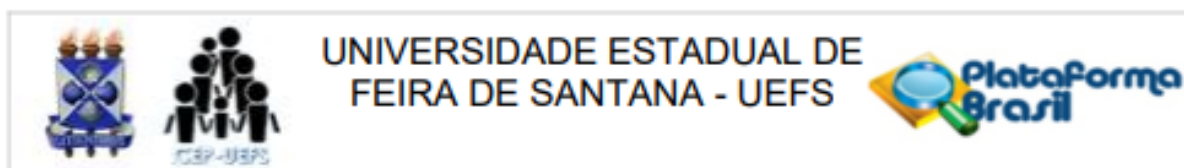
Apresentação do Projeto:

As informações contidas neste parecer, em sua maioria, foram copiadas do arquivo "PB Informações Básicas do Projeto" e do arquivo "Projeto", os quais constam do protocolo de submissão.

Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória. A pesquisa qualitativa adequa-se a esse estudo, porque permite explorar aspectos complexos e subjetivos, viabilizando a compreensão de crenças, valores e práticas relacionadas à saúde reprodutiva, possibilitando que os sujeitos estudados possam expressar suas experiências, medos, esperanças e desafios, o que pode contribuir na investigação de questões referentes a acessibilidade aos serviços de saúde, ao trabalho dos profissionais e a própria temática do direito reprodutivo. O estudo será realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região 2 do Distrito Costa do município de Camaçari e os participantes das entrevistas serão mulheres atendidas no planejamento reprodutivo; enfermeiros e médicos que atendem planejamento reprodutivo e gestores municipais relacionados à área de saúde da mulher no município de Camaçari-BA. As técnicas de coleta de dado serão entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação sistemática.

Critério de Inclusão: Serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: todos os sujeitos

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.726.947

enquanto direito, a partir da produção do cuidado no planejamento familiar, utilizando as dimensões do acesso: política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. Objetivo Secundário: Identificar o perfil de usuárias e dos serviços que promovem assistência à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA. Realizar levantamento da oferta dos métodos contraceptivos de curta e longa duração disponíveis no município de Camaçari-BA. Descrever as práticas de cuidado relacionados ao acesso ao planejamento familiar no município de Camaçari-BA. Investigar os principais desafios e barreiras enfrentados pelas mulheres à saúde reprodutiva via planejamento familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa pode apresentar riscos e desconfortos para os sujeitos, tais como desconfortos ou queixas físicas ou emocionais, como ansiedade e angústia que podem surgir após a sua participação na entrevista, nestes casos os participantes poderão ser encaminhados ao serviço de psicologia ou à consulta médica com o profissional da unidade.

Benefícios: Os benefícios esperados para esta pesquisa serão contribuir para a melhoria do acesso à saúde reprodutiva com enfoque no planejamento reprodutivo do município de Camaçari-Ba; auxiliar as mulheres a compreenderem sobre seus corpos e terem autonomia para decidir sobre o método contraceptivo mais adequado para elas; promover reflexões sobre as práticas de cuidados dos profissionais de saúde, com o intuito de melhorar a assistência. Além de colaborar com o estímulo à produção de novos trabalhos sobre saúde reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendências atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos termos de apresentação obrigatória verificou-se que todos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

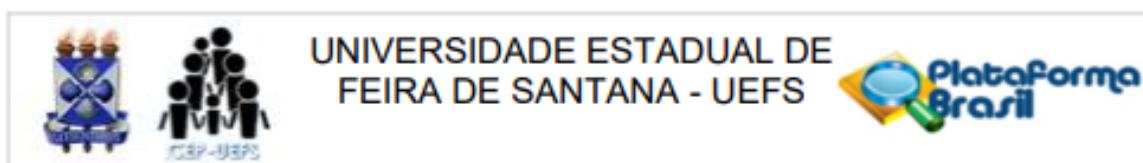
Pendências atendidas.

Protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.726.947

concordarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A); as usuárias devem ser moradoras do município de Camaçari, maiores de 18 anos, que estejam cadastradas em uma Unidade de Saúde, seja USF ou UBS e tenham acessado o serviço de planejamento reprodutivo; os profissionais de saúde efetivos e contratados que atuem a mais de 1(um) ano nas Unidades de Saúde; quanto aos gestores municipais serão diretores/coordenadores de setores da secretaria municipal de saúde direcionados a atenção à saúde da mulher (regulação, farmácia, área técnica em saúde da mulher) e de estabelecimentos de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva no município (CASM, Maternidade Regional de Camaçari). Critério de Exclusão: Quanto aos critérios de exclusão, destacamos: as mulheres que só acessaram o serviço reprodutivo uma vez no ano de forma pontual; os profissionais de saúde que estejam afastados do serviço durante a fase de coleta de dados por qualquer motivo; e os gestores municipais que, porventura, estão no cargo há menos de um ano e não estão afastados por motivo de licença.

Tamanho da Amostra no Brasil: 25. Estimamos que serão entrevistadas 10 usuárias, 10 profissionais de saúde e 05 gestores devido aos critérios operacionais e ao tempo da pesquisa.

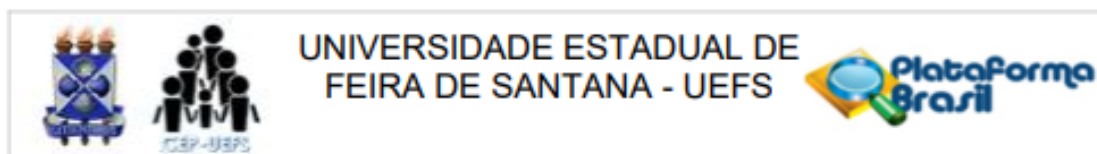
As entrevistas serão transcritas e a pesquisadora disponibilizará para que o entrevistado leia suas respostas quantas vezes for solicitado e possa modificar ou complementar, se assim desejar. Os participantes serão identificados na pesquisa por letras do alfabeto de acordo com cada categoria entrevistada, sendo U utilizado para mencionar as usuárias, P para profissionais de saúde e G para gestores, seguido pelo número que representa a sequência de entrevistas, assim representado U1, P1, G1, sucessivamente.

Análise documental A análise documental permitirá uma avaliação dos documentos oficiais, como dados de prontuários eletrônicos de atendimentos de planejamento reprodutivo; planilhas fornecidas pela farmácia central e pelo almoxarifado com estoques e compras de insumos necessários ao atendimento das usuárias; relatórios com a indicação dos procedimentos regulados relacionados a contracepção, além de protocolos municipais com o objetivo de facilitar o acesso e orientar os profissionais quanto aos fluxos existentes na RAS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o acesso à saúde reprodutiva no município de Camaçari-BA

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.726.947

Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2257975.pdf	21/02/2024 21:30:46		Aceito
Outros	RESPOSTA_AVALIACAO_DOCUMENTAL_CEP_UEFS.pdf	21/02/2024 21:25:21	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_MODIFICADO_2.pdf	21/02/2024 21:20:36	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_MODIFICADO_2.pdf	21/02/2024 21:19:56	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIAS_MODIFICADO_2.pdf	21/02/2024 21:19:26	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Outros	PROJETO_MODIFICADO_CEP_2.pdf	21/02/2024 21:18:20	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Outros	RESPOSTA_AVALIACAO_DOCUMENTAL_CEP.pdf	08/01/2024 22:38:54	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Outros	PROJETO_MODIFICADO_CEP.pdf	08/01/2024 22:38:06	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIAS_MODIFICADO.pdf	08/01/2024 22:37:47	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_MODIFICADO.pdf	08/01/2024 22:37:40	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_MODIFICADO.pdf	08/01/2024 22:37:31	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.pdf	04/12/2023	DANIELA FERREIRA	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

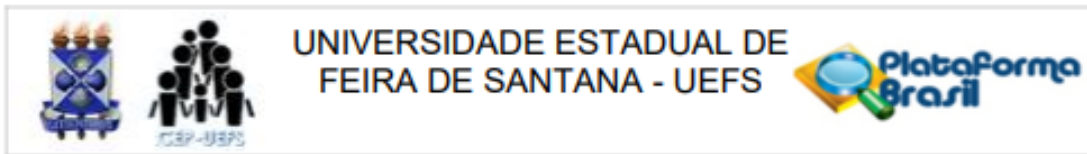
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.726.947

/ Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20:27:50	BASTOS MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/12/2023 20:26:31	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_DA_NIELA assinado.pdf	04/12/2023 20:24:50	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/12/2023 20:22:37	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/12/2023 20:22:21	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	01/12/2023 16:54:57	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Declaração de concordância	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	01/12/2023 16:49:36	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/12/2023 15:45:25	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_JULIANA.pdf	01/12/2023 15:41:52	DANIELA FERREIRA BASTOS MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 26 de Março de 2024

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br