



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL UNIDADE
UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU ENSINO EM SAÚDE, MESTRADO PROFISIONAL (PPGES)

Ana Paula de Lima

TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dourados/MS

2017



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL UNIDADE
UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU ENSINO EM SAÚDE, MESTRADO PROFISIONAL (PPGES)

Ana Paula de Lima

TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Lourdes Missio.

Dourados/MS

2017

L696t Lima, Ana Paula de
Tecnologia educativa para o planejamento familiar/ Ana Paula
de Lima. Dourados, MS: UEMS, 2016.
109f.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissional Ensino em
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2016.
Orientadora: Prof. Dr^a Lourdes Missio

1. Estratégia saúde da família 2. Saúde da mulher 3.
Contracepção 4. Educação em saúde 5. Profissionais da saúde I.
Título.

CDD 23.ed. – 304.66

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE
TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Produto final do curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovada em/...../.....

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra Lourdes Missio
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra Maria Auxiliadora de Souza Gerck
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Márcia Maria de Medeiros
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Suplente: Profa. Dra Cristina Brandt Nunes
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

Suplente: Prof. Dr. Rogerio Dias Renovato
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

Dedico a Deus por ter preparado infinitas bênçãos em minha vida, e por ter me ajudado a superar todos os obstáculos. Deus seja sempre louvado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter preparado e me ajudado a conseguir mais essa vitória. Era um sonho antigo a vontade de fazer o mestrado.

A professora Lourdes que dedicou seu tempo com sabedoria, paciência, bondade, carinho e amizade.

A banca examinadora composta pelos professores Profa. Dra Maria Auxiliadora de Souza Gerk e Prof. Dr. Rogerio Dias Renovato, pela sua disponibilidade e atenção.

A minha querida mãe por ter batalhado por nós, sem sua ajuda não seria possível estar onde cheguei. Todos têm motivos para elogiar as mães, eu tenho muito mais que isso, tenho imensa gratidão, respeito e admiração. Minha mãe sempre foi um exemplo de superação.

Ao meu pai por ter me passado os valores fundamentais para que pudesse caminhar dignamente.

Ao meu irmão, meu companheiro, meu amigo, meu filho. Eu sabia que deveria ser um exemplo, e isso me deu forças para seguir.

Ao meu namorado pela sua amizade, companheirismo e generosidade

A tia Deusa por ter estado em lugar de mãe cuidando da gente.

Aos colegas do mestrado que me ajudaram com seus ensinamentos e experiências durante as aulas.

Aos demais professores que dedicam suas vidas nesse curso de mestrado.

As mulheres que participaram das entrevistas, seus depoimentos foram fundamentais para a realização dessa pesquisa.

Aos profissionais e público-alvo que participaram como avaliadores dessa pesquisa.

A todos que de alguma forma incentivaram, apoiaram ou auxiliaram na concretização desta pesquisa. Muito obrigada!

“Por isso, vos digo: Pedi, e dar-se-vos-á; buscai, e achareis; batei, e abrir-se-vos-á. 10 Pois todo o que pede recebe; o que busca encontra; e a quem bate abrir-se-lhe-á. 11 Qual dentre vós é o pai que, se o filho lhe pedir pão, lhe dará uma pedra? Ou se pedir um peixe, lhe dará em lugar de peixe uma cobra? 12 Ou, se lhe pedir um ovo lhe dará um escorpião? 13 Ora, se vós, que sois maus, sabeis dar boas dádivas aos vossos filhos, quanto mais o Pai celestial dará o Espírito Santo àqueles que lho pedirem?”

Lucas 11:9

RESUMO

O planejamento familiar baseia-se em uma política do Ministério da Saúde, na qual os profissionais devem realizar orientações, oferta e distribuição de métodos contraceptivos. Este estudo teve como objetivo construir e validar uma tecnologia educativa para o planejamento familiar. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIDERP sob CAAE nº 48754115.3.0000.5161 e parecer nº 1.319.835 de 12/11/15. O processo de construção e validação do manual foi dividido em três etapas: Na etapa 1 para a construção foi levantado o conteúdo do manual através da avaliação do conhecimento sobre o planejamento familiar de um grupo de mulheres atendidas em Estratégias da Saúde da Família. Os depoimentos das entrevistadas foram analisados a partir da apropriação do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu e categorizados pela análise de conteúdo de Bardin. A amostragem envolvendo as mulheres foi definida por conveniência e o fechamento amostral por saturação. Na etapa 2 - a validação foi realizada por consulta aos profissionais e público-alvo. Também foi utilizado o referencial de Bardin para a análise dos dados. Na etapa 3, o manual foi encaminhado para a impressão. Nos resultados das entrevistas ficou evidenciado que as mulheres desconhecem o planejamento familiar e que existe dificuldade dos profissionais no cumprimento das ações do programa. O *habitus* inculcado faz com que prevaleçam características familiares no uso dos métodos. Na validação por parte dos profissionais, o manual foi avaliado como adequado, foi sugerido substituição de palavras, inclusão de novas informações e ilustrações. Já na validação por parte do público-alvo foi considerada pouco construtiva, pois os avaliadores demonstraram interesse e motivação diminuída em relação a mesma. Após as sugestões dos avaliadores o manual foi readequado e encaminhado a gráfica. Esse estudo demonstrou a necessidade da incorporação de um protocolo no atendimento ao planejamento familiar na atenção básica. Para estas atividades, esse manual poderá ser um instrumento facilitador e mediador para auxiliar a comunicação entre o profissional e a população no processo educativo.

Palavras-chaves: Estratégia saúde da família; Saúde da mulher; Contracepção; Educação em saúde; Profissionais da saúde.

ABSTRACT

The Family planning is based on a policy of the Ministry of Health, in which the professionals must carry out guidelines, offer and distribution of contraceptive methods. This study aimed to build and validate an educational technology for family planning. This is a research with a qualitative approach. The research was approved by the Ethics Committee of UNIDERP under CAAE n° 48754115.3.0000.5161 and opinion n° 1.319.835 of 11/12/15. The process of constructing and validating the booklet was divided into three stages: In stage 1 in the construction, the content of the booklet was raised through the evaluation of the knowledge about the family planning of a group of women assisted in Family Health Strategies. The interviewees' statements were analyzed from the appropriation of Pierre Bourdieu's concept of habitus and categorized by Bardin is content analysis. Sampling involving women was defined by convenience and sample closure by saturation. In stage 2 - validation was performed by consulting professionals and target audience. We also used the Bardin framework for data analysis. In stage 3, the booklet was forwarded for printing. In the interview results, it was evidenced that the women are not familiar with family planning and that there is a difficulty for the professionals to comply with the program's actions. The inculcated habitus makes familiar features prevail in the use of methods. In the validation by the professionals, the booklet was evaluated as adequate, it was suggested substitution of words, inclusion of new information and illustrations. Already in the validation by the target audience was considered not constructive, because the evaluators showed little interest and motivation in relation to it. After the suggestions of the evaluators, the booklet was re-adapted and sent to the printer. This study demonstrated the need to incorporate a routine in the care of family planning in primary care. For these activities, this booklet can be a facilitating and mediating tool to help the communication between the professional and the population in the educational process on the subject.

Keywords: Family health strategy; Women's health; Contraceptive; Health education; Health professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEPET	Comissão de Estágios, Projetos, Pesquisas, Extensões e Trabalhos
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CM	Clínica da Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIU	Dispositivos Intrauterinos
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LAM	Método da Amamentação
MPE	Ministério Público Estadual
MS	Mato Grosso do Sul
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIDERP	Universidade Anhanguera Uniderp

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Contexto histórico do planejamento familiar	19
2.2 A atenção à saúde reprodutiva e sexual	22
2.3 Métodos contraceptivos	24
2.3.1. Comportamentais	25
2.3.2. Hormonais	27
2.3.3 Barreira	28
2.3.4. Definitivos	30
3 TECNOLOGIAS EDUCATIVA EM SAÚDE	31
4 OBJETIVOS	36
4.1 Objetivo Geral	36
4.2 Objetivos Específicos	36
5 METODOLOGIA.....	37
5.1 Tipo de estudo	37
5.2 Local da pesquisa.....	37
5.3 Participantes da pesquisa	38
5.4 Critérios de inclusão	38
5.5 Critérios de exclusão	39
5.6 Aspectos Éticos	39
5.7 Período e fases da elaboração da tecnologia educativa	40
5.7.1 Fase 1: Construção da tecnologia educativa.....	40
_5.7.1.1 Etapa 1: Levantamento do conteúdo	41
_5.7.1.2 Etapa 2: Seleção e fichamento do conteúdo	43
_5.7.1.3 Etapa 3: Seleção de ilustrações.....	44
_5.7.1.4 Etapa 4: Diagramação.....	44
5.7.2 Fase 2: Validação da tecnologia educativa.....	44
_5.7.2.1 Etapa 5: Validação pelos profissionais e pelo público-alvo	45
_5.7.2.2 Etapa 6: Adequação da tecnologia educativa	46
5.7.3 Fase 3: Disponibilização da tecnologia educativa.....	47
_5.7.3.1 Etapa 7: Encaminhamento à gráfica para impressão	47
6 RESULTADOS E DICUSSÕES.....	48

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A	89
APÊNDICE B.....	91
APÊNDICE C	92
APÊNDICE D	94
APÊNDICE E.....	96
APÊNDICE F.....	98
APÊNDICE G	100
ANEXO A.....	105
ANEXO B.....	107

1 INTRODUÇÃO

Os direitos reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos. Essa concepção começou a ser difundida, a partir de 1980 (NEGRÃO, 2012). Um marco foi a participação de um grupo de mulheres brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, na cidade de Amsterdã - Holanda, em 1984, com o objetivo principal de ampliar o conceito de autodeterminação feminina. Nesse encontro ficou acordado como consenso a desconstrução da maternidade como um dever, ainda o direito ao aborto e uso de método contraceptivos (LEMOS, 2014). Assim, o movimento feminista também passou a intervir como ator político na participação ativa nas questões da saúde reprodutiva.

Atendendo as reivindicações do movimento feminista, foi criado pelo Ministério da Saúde em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representando um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres (HEILBORN et al., 2009). Em seus princípios, o programa, enfatiza a atuação da equipe de saúde em ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, em planejamento familiar, no controle das infecções sexualmente transmissível (IST) e, no câncer de colo de útero e de mama. O programa também atende outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (SOARES; VARELA, 2007). Assim, o planejamento familiar é uma das ações do PAISM.

O objetivo do programa de planejamento familiar é ampliar o acesso de mulheres em idade fértil e homens, para obtenção de informações sobre métodos contraceptivos e como utilizá-los corretamente. Desta forma, procura oferecer também a prevenção da gravidez indesejada e abortamentos malsucedidos, que podem levar a processo de adoecimento, com isso, causar gastos excessivos ao Sistema Único de Saúde (SUS), prejudicando a economia do país (BRASIL, 2002).

Assim, cada mulher tem o direito individualizado de escolha do melhor método contraceptivo de acordo com a sua realidade. Ao orientar o uso desses métodos, devem-se levar em consideração algumas questões como: o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente, respeitar a escolha da

paciente e que não cause interferência em seu relacionamento íntimo com seu parceiro (SOARES; VARELA, 2007).

O planejamento familiar abrange também o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento. A escolha na regulação da fecundidade, como direito reprodutivo, baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão sobre a frequência e a quantidade de filhos que desejarem (ANDRADE; SILVA, 2009).

Segundo o estudo de Damasceno et al. (2009), apesar da assistência ao planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção, atualmente ela é exercida praticamente só na Atenção Básica, que tem dentre suas diretrizes a participação comunitária, fator importante que possibilita identificar e atender as necessidades da comunidade. Dessa forma, Pierre e Clapis (2010) apontam que a comunidade pode observar e controlar as ações de saúde, potencializando a reconstrução dessas práticas.

Ainda, de acordo com os autores acima citados, a informação adequada em planejamento familiar é de fundamental importância, pois possibilita a população exercer seus direitos, reconhecer os métodos contraceptivos e fazer escolhas com autonomia. Para tanto, as ações desenvolvidas devem abranger orientações sobre métodos contraceptivos, como também referentes à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, os serviços de saúde devem dispor de métodos e técnicas para o controle da fecundidade (PIERRE, CLAPIS, 2010).

Andrade e Silva (2009) mencionaram que as informações sobre contracepção e a assistência exercida pelos profissionais de saúde, em relação aos métodos contraceptivos, ainda não se tornaram realidade, pois são insuficientes não garantindo em sua totalidade os recursos contraceptivos ofertados pelo Ministério da Saúde, sendo assim, incapazes de influenciar de forma solidária e responsável a população.

Neste contexto, o planejamento familiar deve ser compreendido como estratégias individuais e coletivas realizadas pelos profissionais de saúde como elemento primordial na prevenção primária de saúde, na qual as informações e orientações necessárias são transmitidas para a melhor escolha do método contraceptivo, garantindo adaptação com as condições locais de saúde a fim de proporcionar o uso efetivo desse método (ANDRADE; SILVA, 2009).

Para eles, as ações de planejamento familiar não são realizadas de forma apropriada, haja vista, que há a escassez de métodos contraceptivos e a falta de

atividades educativas nos serviços de saúde, causando prejuízo na adesão dos métodos. Apontam que as atividades devem atingir principalmente mulheres mais carentes, com nível educacional diminuído para garantir a continuidade do uso dos métodos contraceptivos (ANDRADE; SILVA, 2009).

Diante do exposto, esta proposta de trabalho surgiu para tentar desvelar algumas inquietações das pesquisadoras enquanto profissional da área da enfermagem atuando em uma maternidade pública do município de Dourados MS, em que temos observado altas taxas de natalidade, principalmente em mulheres moradoras de bairros mais carentes. Quando questionadas, se a gestação foi planejada, muitas respondiam que não, e que utilizavam algum método contraceptivo, porém, sem regularidade e que receberam poucas informações dos profissionais da saúde.

Por outro lado, através de reuniões informais com enfermeiro atuante em Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, foi possível constatar que os serviços de saúde não realizam em sua totalidade as orientações referentes aos métodos contraceptivos como recomendados pelo Ministério da Saúde. Em alguns casos, as orientações referentes ao planejamento familiar somente são realizadas em atividades de acordo com a demanda da população. Porém, sabe-se que essas atividades pontuais não têm alcançando os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde, como também não garantem informações adequadas aos usuários.

Salienta-se também estudo realizado por Silva et al. (2014), com o objetivo de conhecer a organização dos serviços da atenção primária e secundária na oferta do planejamento familiar do município de Dourados MS, em que os resultados apontaram para a pouca ênfase dada pelos profissionais na atuação ao planejamento familiar e a baixa importância ao programa. Os dados foram evidenciados pelo pouco conhecimento dos profissionais em questões fundamentais do programa e incipientes estratégias de atuação na área. O estudo apontou também para os registros ineficientes dos métodos e ações no programa é consequente uma população carente em conhecimento.

Desta forma, as questões norteadoras desta pesquisa envolveram: O que as mulheres conhecem sobre o planejamento familiar? Como utilizam os métodos contraceptivos? Onde e como recebem essas informações?

Neste sentido, o presente estudo visou avaliar o conhecimento das mulheres atendidas em ESF do município sobre o planejamento familiar. Com base nos resultados encontrados, construiu-se e validou-se uma tecnologia educativa direcionada para os

profissionais de saúde utilizarem em atividades educativas, direcionada para as mulheres e seus parceiros, sobre informações referentes ao planejamento familiar.

O município de Dourados MS é o segundo maior município do estado que possui uma população estimada de 210 mil habitantes (IBGE, 2010). Na área da saúde, a atenção primária é suprida pelas Estratégias Saúde da Família composta por 42 equipes, atendendo em torno de 49.015 famílias, sendo dessas 65.587 em idade fértil na faixa etária de 10 a 49 anos.

Para ter acesso aos métodos contraceptivos nos serviços de saúde do município, toda mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade) deve comparecer a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta prévia com profissional de saúde. Nela receberá orientações individuais ou coletivas, a fim de compreender os prós e os contras dos métodos e com isso, possibilitar a escolha do método contraceptivo mais adequado com sua realidade (PORTAL BRASIL, 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contexto histórico do planejamento familiar

No percurso histórico da criação do planejamento familiar, ocorreram muitas lutas na qual a participação feminina foi fundamental para essa conquista. Na década de 1960, houve a inserção da mulher no mercado de trabalho e a chegada maciça dos métodos contraceptivos, como pílula e Dispositivo Intrauterino (DIU). Iniciou-se então, a separação de sexualidade e reprodução (LEMOS, 2014).

Destaca-se que a partir da reflexão das mulheres a respeito do exercício de sua função reprodutiva, de seu papel e de suas condições na sociedade, começou a ser formulado o conceito de direitos reprodutivos. Em 1975, com maior delineamento das políticas de assistência à saúde da mulher foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (COELHO et al., 2000).

Segundo Heilborn et al. (2009), os debates sobre regulação da fecundidade foram impulsionados por políticas internacionais de controle populacional com a difusão dos métodos contraceptivos modernos (pílula). A não priorização da saúde reprodutiva na agenda nacional deixava espaço para atuação de agências internacionais, espalhando pelo país métodos contraceptivos orais sem estrutura de planejamento familiar nos serviços de saúde, fenômeno que ocorreu principalmente entre as camadas mais populares.

Já para Coelho et al. (2000), a pressão americana tinha o objetivo de controlar o crescimento populacional dos países pobres, forçando a entrada de entidades internacionais no Brasil, sem assistência adequada. Assim, as mulheres aderiam principalmente à contracepção hormonal oral, comprometendo a sua saúde e tornando-se cada vez mais dependentes do sistema médico.

Com participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, no início dos anos de 1980, ocorreu a mudança da terminologia “saúde da mulher” para o conceito de “direitos reprodutivos” o que passou a ser empregado sistematicamente. Esse novo conceito acordado, teve como objetivo de promover a valorização feminina (LEMOS, 2014). Nos países desenvolvidos, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção, em um marco não-institucional de desconstrução da maternidade como um dever, iniciou a

formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos, que por sua vez abrange o direito de todo casal escolher livremente a quantidade e espaçamentos de filhos (MATTAR, 2008).

Nesse cenário, segundo Andrade e Silva (2009), juntamente com as reivindicações do movimento feminista e da sociedade civil como um todo foi criado em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de realizar ações que proporcionassem a melhoria das condições sociais, econômicas, culturais e afetivas das mulheres. Em sua condição de sujeitos, as mulheres organizadas reivindicaram necessidades que ultrapassavam o ciclo gravídico-puerperal.

Segundo Negrão (2012, p.170), o PAISM:

[...] se antecipa à Constituição de 1988, ao reconhecer este como um direito de todos os cidadãos e cidadãs no seu Art. 226, § 7º. Regulamentado pela Lei 9.263/1996, que define a responsabilidade do Estado, instituições de saúde e profissionais no que se refere à saúde reprodutiva, a Constituição coloca um ponto final para intenções que não sejam baseadas na livre opção das pessoas.

Para Heilborn et al. (2009), em relação à contracepção, o PAISM defende o respeito à autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, acata a separação entre sexualidade e procriação, condicionando a oferta de métodos com a intenção da mulher ou do casal de limitar a prole com livre escolha.

Segundo Mattar (2008), em 1994 no Cairo/Egito, aconteceu a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), onde consagrou a nomenclatura “direitos reprodutivos”. Por sua vez, foi reafirmada em Pequim, China no ano de 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Para Negrão (2012) Cairo é um marco histórico para as mulheres, especialmente para o movimento feminista, no qual foi assinado por 179 países o documento chamado “Consenso de Cairo”, resultado de disputa entre políticas populacionais para a defesa das premissas de direitos humanos, abordando o bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse contexto, na CIPD de 1994 em seu documento final foram incluídos os homens nas questões da saúde reprodutiva, com o interesse de obter o impacto masculino nas ações de saúde reprodutiva, contextualizando a importância dos

conceitos reprodutivos e a sexualidade masculina, reconsiderando as responsabilidades atribuídas a cada um dos sexos (VILLELA; ARÍLHA, 2003).

No Brasil, somente em 1996 foi aprovado o projeto de Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, na qual o planejamento familiar foi regulamentado com o objetivo de democratizar o acesso aos métodos contraceptivos nos serviços públicos. Essa prática também ficou regulamentada através dessa mesma Lei na rede privada (OSIS et al., 2004).

O PAISM foi remodelado em 2004 pelo Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS, passando a ser chamado de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Com a política assumiu-se um compromisso mais amplo, passando a implementações de novas ações, enfatizando a melhoria obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e maior atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Essas ações foram reforçadas em 2005 pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2010; NEGRÃO 2012).

Em 2007 foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que amplia o acesso aos métodos contraceptivos. A proposta propõe convênios com drogarias “Aqui Tem Farmácia Popular” que vendem medicamentos com preços reduzidos, além da ampliação aos métodos definitivos, como a vasectomia e a laqueadura. Em 2008 com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), amplia-se a proposta de seguimento nas ações educativas, distribuição de preservativos e orientações aos adolescentes (PORTAL BRASIL, 2015).

A política do planejamento familiar visa o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento. Abrange basicamente, o direito do exercício da maternidade voluntária e da contracepção auto decidida, baseando-se no princípio de proporcionar bem-estar às pessoas quanto à sua autonomia, as expectativas, as necessidades e o poder de decisão (ANDRADE; SILVA, 2009). A regulação da fecundidade faz parte do processo de escolha da mulher/parceiro, pois cabe a eles decidirem sem coerção ou imposição a respeito dessa questão de reprodução (LEMOS, 2014).

No Brasil, a assistência ao planejamento familiar é oferecida pela equipe de ESF, trazendo uma proposta que vincula o profissional de saúde e a comunidade. Com isso, valoriza e incentiva à participação comunitária e envolve a incorporação de ações coletivas e preventivas com o interesse de substituir progressivamente o modelo

curativo, de alto custo e de baixo impacto, para o modelo assistencial preventivo, que por sua vez apresenta melhores resultados na educação em saúde (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Se tratando do atendimento em nível de outros países, no que se refere ao planejamento familiar nos Estados Unidos da América (EUA), o atendimento aos cuidados sexuais e reprodutivos são exercidos em maioria pelos seguros de saúde privados e, durante a recessão econômica, muitas mulheres previamente seguradas foram forçadas a depender de serviços públicos de saúde, que anteriormente eram procurados por mulheres de classes menos desfavorecidas. Em consequência disso, ocorre o aumento da demanda no atendimento, subseqüentemente os cortes no orçamento do setor público, limitando o acesso das mulheres e aumentando consideravelmente as taxas de natalidade nesse país (HAL; MOREAU; TRUSSELL, 2012).

2.2 A atenção à saúde reprodutiva e sexual

As estratégias voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher são desenvolvidas por profissionais da UBS, incluindo principalmente os integrantes de ESF, uma vez que esses profissionais exercem suas atividades e estão ligados diretamente com a comunidade (CARRENO et al., 2006). Esses profissionais devem exercer o programa em sua amplitude, não envolvendo somente a mulher nas questões de aconselhamento, mas também os adultos, adolescentes e homens (FERREIRA, 2009).

Segundo Carreno et al. (2006), dentre as estratégias a serem desenvolvidas, está o planejamento familiar que congrega a decisão do casal em escolher a melhor opção em relação ao início da procriação, a quantidade de filhos e o intervalo entre as gestações. Apontam que a Constituição Federal de 1988 em seu art. 226, § 7º, considera o planejamento familiar como livre decisão do casal, e que este deve receber acompanhamento dos serviços de saúde, mantendo, assim, os direitos sexuais e reprodutivos. Desta forma, cabe ao Estado e ao sistema de saúde garantir o acesso à informação referente aos métodos contraceptivos.

Diante disso, as políticas públicas de saúde no ESF devem assegurar o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, e o Estado à garantia no atendimento (LEMOS, 2014). Portanto, é de fundamental importância a informação e a atenção adequada no planejamento familiar. Para tanto, os serviços de saúde devem dispor de métodos e técnicas para o controle da fecundidade, e com isso possibilitar o fácil reconhecimento dos métodos contraceptivos e a autonomia da população (PIERRE; CLAPIS, 2010).

De acordo com Osis et al. (2004), na área de planejamento familiar existem muitas dificuldades para ofertar uma atenção com qualidade, não somente na divulgação do serviço, mas como também, em atingir a população em sua totalidade na demanda de todas as classes sociais. Pois é percebido, como pontos negativos nesta área, deficiências na capacitação dos profissionais de saúde e na comunicação entre as esferas governamentais.

Autores como Mohammed et al. (2014), Paz e Ditterich (2009) afirmam que é desafiador e multifacetado os fatores que influenciam a prática contraceptiva. Apontam que a escolha do método anticoncepcional deve levar em conta a idade, o nível socioeconômico, as condições sócias demográficas, a paridade, o contexto social e religioso, a qualidade de informações sobre saúde reprodutiva e de planejamento familiar. Salientam que a decisão do melhor método deve ser tomada em conjunto: casal e profissional de saúde.

Porém, atualmente percebe-se um distanciamento entre o proposto pelo Ministério da Saúde e a prática dos profissionais de saúde principalmente no ESF, no que diz respeito ao planejamento familiar. Ferreira (2009) salienta que isso vem permitindo o desenvolvimento de uma política limitada em alguns locais do país em relação a variedade, quantidade e disposição dos métodos contraceptivos. Aponta que a negligência no serviço de saúde, vem obtendo maior ênfase, principalmente na falta de orientação sobre os métodos contraceptivos, apresentando falhas na identidade e definição dos papéis dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Para que possa ser garantido o exercício dos direitos reprodutivos, faz-se necessário a ampliação do acesso de mulheres e homens as informações sobre o planejamento familiar. Além disso, é imprescindível manter a oferta de métodos contraceptivos na rede pública e capacitar os profissionais de saúde para melhor atender a mulher e seu parceiro, auxiliando-os na tomada da melhor decisão na sua opção contraceptiva (PAZ; DITTERICH, 2009).

Segundo Acosta et al. (2012) o saber científico deve chegar às mulheres através de orientações claras com vocabulário acessível no intuito de reforçar a educação em saúde. As imposições de condutas precisam ser evitadas dando lugar à negociação e compartilhamento de saberes.

Pierre e Clapis (2010) ainda afirmam que há deficiências na assistência oferecida em planejamento familiar pelos profissionais na UBS, fazendo-se necessário a implementação de ações que garantam a escolha de forma livre e informada dos métodos contraceptivos pelo casal. Nesse contexto, Osis et al. (2004) elencam que as atividades educativas em planejamento familiar são ações pontuais somente para quem procura o serviço para uso de algum tipo de método contraceptivo.

Outro estudo também realizado por Osis et al. (2009) apontou para este fato. Em relato de mulheres entrevistadas, as mesmas afirmaram que na UBS, havia ausência de atividades educativas e poucas variedades de métodos contraceptivos, inviabilizando a escolha livre e informada. Os autores comentam que esse fato contribuiu para a esterilização precoce principalmente entre mulheres. Elencam também, que os ambulatórios de atendimento em planejamento familiar estão sobrecarregados, com alta demanda na fila para solicitação de esterilização, com isso o atendimento das usuárias por cirurgias fica reprimido, levando a um maior número de gestações não programadas.

2.3 Métodos contraceptivos

A atenção em anticoncepção visa oferecer diferentes opções de métodos contraceptivos, além de, proporcionar a possibilidade de escolha do melhor método pelas usuárias. Neste contexto, é importante a oferta de informações, o acompanhamento clínico, o aconselhamento e o oferecimento de métodos contraceptivos variados e cientificamente aceitos por todas as etapas da vida reprodutiva (BRASIL, 2010).

Diante disso, uma das ações imprescindíveis no sentido de garantir o exercício dos direitos reprodutivos, é a ampliação do acesso de mulheres e homens às informações de qualidade e aos métodos contraceptivos. Para que isto se efetive, é preciso capacitar os profissionais de saúde para melhor atender os serviços em UBS e ESF para que as orientações realizadas com as mulheres e seus parceiros sejam bem

conduzidas, auxiliando-os na escolha da melhor opção em contracepção em cada momento da vida. Além disso, é importante manter adequadamente a oferta de métodos contraceptivos na rede pública de saúde (PAZ; DITTERICH, 2009). Com isso os métodos contraceptivos têm como objetivo alcançar o sucesso do planejamento familiar e, são os aliados da mulher evitando gravidez não desejada (CARRENO et al., 2006).

Portanto, os critérios para escolha do melhor método contraceptivo não deve ser pré-estabelecido como uma norma escrita e, sim adaptar-se a cada casal. Deve ser levado em consideração no momento da escolha do melhor método, os fatores individuais e o contexto de vida relacionados a população, que podem ser: o padrão de comportamento sexual, as condições econômicas, a fase da vida, o estado de saúde, as características da personalidade da mulher e/ou do homem, as pretensões reprodutivas, os fatores que englobam a cultura e a religião e outros fatores, como vergonha, receio, medo e dúvidas (BRASIL, 2013).

No que concerne aos métodos contraceptivos, estes podem ser classificados da seguinte forma: os reversíveis, que por sua vez são divididos em: comportamentais hormonais e de barreira, por fim os métodos contraceptivos definitivos, que são a esterilização feminina e masculina (BRASIL, 2013).

2.3.1. Comportamentais

Os métodos comportamentais contraceptivos baseiam-se na observação de vários ciclos menstruais, ao fim determinar o período fértil da mulher de cada mês e conseqüente abstenção de relação sexual nesse período (BRASIL, 2009).

Os métodos contraceptivos comportamentais mais utilizados são: tabelinha, Método da Amenorréia da Lactação (LAM), muco cervical, coito interrompido e temperatura basal. Esses métodos não protegem contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2016).

O método da utilização da tabelinha baseia-se praticamente na observação do ciclo menstrual da mulher com a finalidade de descobrir o período fértil no qual é realizado a contagem dos dias de cada ciclo para determinar o dia da ovulação. Cada mulher deve ter seu próprio calendário, pois os ciclos menstruais variam de mulher para mulher e duram de 21 a 31 dias. Para determinar o início do período fértil, no ciclo mais

curto deve-se subtrair 18 dias. Já para o fim do período fértil, no ciclo mais longo, deve subtrair 11 dias. Se a diferença entre o meio do ciclo mais curto e o mais longo for de 10 dias ou mais, esse método não deverá ser utilizado, pois o mesmo requer disciplina e cooperação de ambos os parceiros e necessita de abstinência de relações vaginais no período fértil (BRASIL, 2013).

O LAM é muito importante para o planejamento familiar por ser de acesso fácil, natural e acessível para todas as mulheres. Se a amamentação for exclusiva durante os primeiros seis meses é considerado efetivamente eficaz como contraceptivo e contribui para o espaçamento entre as gestações, pois possui efeito inibidor sobre a fertilidade. Porém, salienta-se que, deve ter cuidado para que haja a livre demanda, não ofertar nenhum tipo de alimento para o bebê e haver amenorreia. Esse método deixa de ser efetivo quando há o retorno da menstruação, pois a prolactina liberada não é suficiente para bloquear a hipófise na liberação da ovulação. Ocorrendo isso, deve-se procurar um profissional de saúde para indicar o melhor método contraceptivo (BRASIL, 2013).

O método de muco cervical baseia-se na observação das características do muco secretado pelo colo uterino, com o objetivo de identificar o período fértil da mulher ao longo do ciclo menstrual. O muco é produzido por ação hormonal pelo epitélio glandular e sua secreção representa as transformações ocorridas durante o ciclo menstrual. No início do ciclo o muco apresenta-se granuloso e espesso, dificultando a ascensão dos espermatozoides através de canal cervical. Já no meio do ciclo, por liberação estrogênica, o muco apresenta-se elástico, transparente e escorregadio, semelhante a clara de ovo, facilitando a ascensão do espermatozóide. Essas características indicam que a mulher está no período fértil. Portanto, não se deve ter relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2002).

Outro método contraceptivo utilizado, o coito interrompido nada mais é que, a retirada do pênis da vagina antes da ejaculação. Esse ato também é conhecido como coito reservado. Apresenta alto risco, pois durante o ato sexual os espermatozoides são liberados em pequena quantidade junto com o líquido seminal e, tem o objetivo de lubrificação do canal uretral. Ainda pode haver o atraso na retirada do pênis da vagina, ocasionando ejaculação no canal vaginal (PAZ; DITTERICH, 2009).

A temperatura basal baseia-se na observação da temperatura corporal feminina ao longo de alguns ciclos menstruais, com a finalidade de registrar em um gráfico os resultados da temperatura corporal e, com isso determinar o período fértil. Geralmente a temperatura basal feminina é mais baixa fora dos dias férteis e tende a subir décimos de

graus durante a ovulação e estende até a menstruação. A mulher deve verificar a temperatura corporal a partir do primeiro dia do ciclo menstrual pela manhã e a noite e anotar no gráfico. Assim, obterá através da observação da curva gráfica o período fértil. Contudo, o casal deve abster de relações sexuais vaginas nesse período (BRASIL, 2009).

2.3.2. Hormonais

Os anticoncepcionais hormonais orais são esteroides que, atualmente, são utilizados em associação ou isoladamente. Também são chamados de pílulas anticoncepcionais, basicamente com a finalidade de impedir a concepção. Porém, nos últimos anos com o avanço das fórmulas farmacêuticas sua indicação clínica vai além da exclusividade de método contraceptivo (BRASIL, 2013).

No Brasil, os métodos anticoncepcionais combinados orais são os mais utilizados. Também são classificados como reversíveis e recebem o nome de pílula. Constituem-se de uma combinação de dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher (BRASIL, 2013).

Os métodos hormonais agem impedindo a ovulação, além de dificultar a passagem dos espermatozoides para o interior do útero. Através do bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise, modificam o muco cervical tornando-o hostil à espermomigração, alteram o endométrio, modificam a contratilidade das tubas interferindo no transporte ovular e alteram a resposta ovariana às gonadotrofinas. Os métodos hormonais são: hormonais orais: combinados (monofásicos, bifásicos, trifásicos) e hormonais orais: minipílulas e contraceptivo de emergência; hormonais injetáveis (mensais, trimestrais) (PAZ; DITTERICH, 2009).

Nas pílulas monofásicas combinadas, a dose dos estrógenos é a mesma em todas as pílulas que compõem a cartela, sendo 21 ou 22 comprimidos ativos. Há também cartelas compostas com 28 comprimidos, porém, apenas 21 ou 22 comprimidos são ativos e no restante não há componente hormonal sendo apenas um placebo. Já, as pílulas combinadas bifásicas e trifásicas contêm dois e três tipos ativos. Os estrógenos são distúrbios conforme a quantidade e cores diferentes para marcar a ordem, pois devem ser tomados de acordo com a indicação da cartela (BRASIL, 2013).

As minipílulas são anticoncepcionais orais que contêm apenas progestogênio em dose muito baixa. São indicados para mulheres durante a lactação, porém, mulheres fora desse período também podem usar. Geralmente a cartela é composta por 35 comprimidos e deve ser de uso contínuo. Por ela não possuir estrogênio não inibe a formação do leite. A partir do momento que a mulher deixar de amamentar deve procurar o serviço de saúde para trocar o contraceptivo a fim de evitar gravidez (PAZ; DITTERICH, 2009).

As pílulas de anticoncepcionais devem ser ingeridas preferencialmente todos os dias no mesmo horário. Caso haja o esquecimento, ela deve ser tomada o mais breve possível. Para garantir sua eficácia não se deve passar mais de 12 horas sem seu uso (BRASIL, 2013).

O contraceptivo de emergência, também conhecido como pílula do dia seguinte, pode ser usado até 72 após relação sexual desprotegida. Este fator também determina sua eficácia, pois quanto antes tomar, melhor será sua eficácia. É composta por dois comprimidos ativos de estrogênio e progestina em doses muito elevadas e, deve ser tomada de uma só vez ou a primeira dose no máximo 72 horas após a relação sexual e a segunda dose 12 horas após a primeira. A sua ação ocorre alterando a membrana interna uterina impedindo a fixação do óvulo (PAZ; DITTERICH, 2009).

Já o anticoncepcional injetável combinado mensal é composto de hormônios combinados naturais e sintéticos. Em sua formulação contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético. Deve ser administrado mensalmente e age impedindo a passagem dos espermatozoides para o útero com o espessamento do muco cervical e alteração do endométrio (BRASIL, 2013).

O anticoncepcional hormonal injetável trimestral, como o nome já diz, ele deve ser administrado trimestralmente. É composto apenas de progestogênio semelhante ao produzido naturalmente pelo organismo feminino. Também é conhecido como depósito, pois sua ação se dá por liberação lenta na circulação e, age inibindo a ovulação (BRASIL, 2013).

2.3.3 Barreira

Os métodos de barreira são aqueles que evitam a gravidez por meio do impedimento da ascensão dos espermatozoides ao útero, além de impedir o contato do pênis com a vagina. Esse impedimento pode ser mecânico, químico ou misto (BRASIL, 2009; PAZ; DITTERICH, 2009).

Os métodos de barreira mais utilizados são: preservativo feminino, preservativo masculino, diafragma, espermicidas e DIU.

O preservativo feminino é produzido com material poliuretano em formato de tubo, fixado por dois anéis um em cada extremidade e uma delas é fechada. A parte fechada fica solta e serve para a introdução e fixação no interior da vagina o outro anel permanece na parte externa vaginal e quando bem posicionada recobre a vulva (PAZ; DITTERICH, 2009). É de única utilização e pode ser introduzido até oito horas antes da relação sexual. O preservativo feminino protege contra gravidez, e IST/HIV quando utilizado corretamente (BRASIL, 2016).

Um dos métodos de barreira mais utilizados é o preservativo masculino. É considerado resistente envoltório de látex, poliuretano ou silicone, bem fino, usado para recobrir o pênis durante o ato sexual e, com isso impede o contato do pênis com a vagina e vice-versa (BRASIL, 2013). Age retendo os espermatozoides impedindo uma gravidez não desejada e reduzindo o risco de transmissão de IST/HIV (BRASIL, 2016).

O diafragma é um capuz ou anel de silicone ou látex em formato côncavo e possui sua borda rígida, porém flexível. É um método vaginal de contracepção que age impedindo que os espermatozoides entrem em contato com o útero e as tubas uterinas. Deve ser introduzido na vagina antes da penetração peniana e, pode ser utilizado com ou sem espermicida. O diafragma pode ser retirado da vagina somente seis a oito horas após a relação sexual, assim deve ser realizada a sua higienização com água e sabão e antisséptico. Existem diafragmas de tamanhos diferentes e, cada mulher deve adaptar-se conforme o seu tamanho adequado (BRASIL, 2013).

O DIU é dos métodos contraceptivos mais utilizados no mundo. É um objeto fabricado de material plástico com aproximadamente 31 mm de tamanho com o formato de T. Esse contraceptivo não é abortivo. No mercado existem dois tipos de DIU: um com adição de filamentos de cobre revestido por um material feito de polietileno estéril radiopaco e sua ação consiste em provocar uma reação inflamatória na cavidade uterina por presença do corpo estranho. Com isso, causa a precipitação de espermatozoides por reações imunológicas e dificuldade de passagem dos mesmos para as tubas uterinas, causando o impedimento da fecundação. Sua duração é de oito a dez anos. O outro tipo

de DIU é composto por uma cápsula de levonorgestrel que é liberado continuamente em pequenas quantidades agindo com inibição da ovulação e diminuição do muco cervical e, com isso dificulta a ascensão espermática. Esse DIU dura de cinco a sete anos (BRASIL, 2013).

Os espermicidas são substâncias químicas amplamente utilizadas. São produtos a base de nonoxinol-9 a 2% e, sua utilização deve ser antes da relação sexual, com ajuda de um aplicador e em quantidade suficiente para recobrir o colo uterino e a vagina. A sua ação consiste em impedir a penetração do espermatozoide no canal cervical e a paralização e destruição espermática (BRASIL, 2009). É recomendado o uso apenas em relações sexuais com parceiro fixo. Esse método contraceptivo não previne contra IST/HIV (BRASIL, 2016).

2.3.4. Definitivos

A esterilização cirúrgica é um dos métodos contraceptivos definitivos em que se destaca a laqueadura e a vasectomia, tanto na mulher quanto no homem respectivamente. Ambos são aconselhados para pessoas com parceiro fixo.

De acordo com a Lei do planejamento familiar só é permitido realizar a ligadura de tubas uterinas e a vasectomia voluntárias em homens e mulheres com pelo menos dois filhos vivos ou com capacidade civil plena e idades maiores de 25 anos de idade. A manifestação da vontade deve ser observada com o prazo mínimo de 60 dias entre ato cirúrgico e a manifestação do desejo e, nos casos em que há risco de vida para mulher ou riscos para a saúde da mulher ou do futuro bebê (BRASIL, 2009).

A laqueadura tubária ou ligadura tubária é um contraceptivo realizado cirurgicamente no qual o médico oclui as tubas uterinas, e com isso ocorre o impedimento da passagem dos espermatozoides em direção ao óvulo que no período fértil feminino se encontrará nas tubas uterinas (PAZ; DITTERICH, 2009). Esse método contraceptivo pode ser revertido por microcirurgia, porém, é um procedimento bastante delicado (BRASIL, 2013).

A vasectomia é um método contraceptivo exclusivo masculino que consiste em um procedimento cirúrgico irreversível, pois se trata da secção dos canais deferentes. Os mesmos são cortados, amarrados e cauterizados. Esse processo mecânico causa o

impedimento da passagem dos espermatozoides que serão lançados através do pênis durante o orgasmo masculino. Portanto, a vasectomia não causa nenhuma alteração na vida sexual masculina, apenas na capacidade de fecundar o óvulo com os espermatozoides. Desta forma, é uma cirurgia considerada simples que pode ser realizada ambulatoriamente. O homem poderá ter relações sexuais sem preservativo com sua parceira, após o exame de espermograma apresentar-se negativo (BRASIL, 2009).

3 TECNOLOGIAS EDUCATIVA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A palavra tecnologia é um termo composto de origem grega, formada pela palavra *techne* que significa (arte, técnica) e *logos* (corpo de conhecimento). É utilizada ao aplicar o conhecimento de certas técnicas para atingir e realizar algum objetivo (NIETCHE et al., 2012).

Segundo Nietche et al. (2005), por vivermos numa era tecnológica, equivocadamente, esse termo tem sido empregado somente como um produto, uma máquina, uma materialidade. Contudo, tecnologia vai além dessa concepção.

Desse modo, o termo tecnologia tem uma ampla utilização, implicando grandiosos sentidos no fazer, por que, para quem e como fazer. Nela são utilizadas técnicas, métodos, procedimentos, ferramentas, um ou vários produtos (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Diante disso, a tecnologia é dividida em duas categorias: a de produto e a de processo. A primeira é aquela em que o resultado é facilmente definido e identificado, podendo ser ferramentas, artefatos, equipamentos, instalações físicas, dentre outros. Já a de processo em sua definição nada mais é que o procedimento metodológico realizado para obter o produto (NIETCHE et al., 2012).

Nesse sentido, as tecnologias educativas podem ser, cartilhas, manuais e folhetos, visto que, esse tipo de material necessita da presença do profissional de saúde durante a sua utilização. Já os recursos por via computacionais como softwares e websites não necessita a presença de um profissional. A produção desse tipo de tecnologia possibilita que os usuários reconheçam o seu uso de acordo com sua

necessidade, com isso, torna-se potencialmente positivo o processo de ensino aprendizagem (ÁFIO et al., 2014).

Na área da saúde as tecnologias podem ser categorizadas como tecnologia dura (definida pelos equipamentos, mobiliários); tecnologia leve-dura (que é o conhecimento estruturado nas disciplinas como a odontologia, a clínica médica, a epidemiologia, entre outras) e, tecnologia leve (que são as relações entre os indivíduos, como o processo de produção da comunicação, dentre outros) (NIETCHE et al., 2012). Ainda na prática, são divididas e recebem o nome de acordo com a função e utilização, podendo ser: as tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais que vêm sendo utilizadas e/ou produzidas no meio acadêmico e profissional (NIETCHE et al., 2005).

Nesse sentido, a prática de educação em saúde busca consolidar suas ações no uso de ferramentas que possibilitem uma forma eficaz de construção e difusão de saberes para o empoderamento; construção e transformação do indivíduo privados (LEMOS et al., 2015, p. 111).

Como um excelente meio pedagógico, a tecnologia educativa pode ser aplicada em diversos cenários como: escolas, hospitais, comunidade, domicílio, UBS e ESF. Na perspectiva da uma pedagogia problematizadora esse tipo de recurso proporciona a recuperação de conhecimentos prévios, exigindo uma reflexão da sua realidade, ocorrendo o alcance da aprendizagem com significado (ÁFIO et al., 2014).

Historicamente, a tecnologia educativa quando se trata na sua utilização por profissionais de saúde, segundo Nietche et al. (2012) passou por períodos de isolamento. Porém, segundo os autores, a expansão brasileira dos cursos de graduação e pós-graduação e a busca pelo conhecimento científico no desenvolvimento de projetos de pesquisa, tem possibilitado o crescimento tecnológico na área da saúde. Desta forma, as tecnologias vêm se destacando devido sua facilidade de aplicação com a realidade de trabalho dos profissionais.

Atualmente, a educação em saúde, vem se aperfeiçoando com a utilização de tecnologias educativas inseridas nas relações entre os sujeitos. Contudo, as tecnologias utilizadas na área assistencial são as mais encontradas sob várias formas e influências enquanto ferramenta de trabalho e, isso se atribui de acordo com a singularidade de cada cotidiano assistencialista (NIETCHE et al., 2012).

Nesse sentido, a tecnologia deve ser entendida como o resultado obtido a partir das experiências do cotidiano e da pesquisa para promover o desenvolvimento do conhecimento científico e com isso facilitar a prática assistencial, ou seja, materiais com a finalidade de aplicação na prática profissional. Contudo, esse processo deve ser avaliado e implementado sistematicamente de acordo com os acontecimentos dos fenômenos evolutivos ou não (NIETCHE et al., 2005).

Mesmo assim, com o avanço tecnológico e o desenvolvimento de muitos materiais educativos na área da saúde, com o interesse de promover conhecimento para a população, existem muitas lacunas no acesso a esse tipo informação devido à pouca utilização. Por esse motivo, quando se trata do uso de tecnologias educativas, é importante ao construir esse tipo de material, inserir um conteúdo com uma linguagem acessível, construída a partir dos saberes da população. Desta forma, enriquece o material garantindo eficácia e acessibilidade (OLIVEIRA, 2006).

Com isso, com o auxílio de tecnologias educativas a população poderá tornar-se confiante para a realização de determinada conduta promotora de saúde. Diante disso, o desenvolvimento e a implementação dessas tecnologias podem favorecer mudanças comportamentais (TELLES et al., 2014).

Assim, as tecnologias educativas, proporcionam ao profissional de saúde meios criativos para enfrentar os problemas de saúde pública e conseguir dar continuidade ao processo de educação em saúde. Para tal finalidade são utilizados recursos que unificam o saber científico com a realidade e promovem a autonomia, utilizando, entretanto, metodologia adequada para abordar as necessidades expressas dos usuários (LEMOS et al., 2015, p. 111).

Os profissionais de saúde devem integrar a comunidade no processo de produção de tecnologias educativas, a fim de representar os conceitos e ideias da população. Também é importante durante o processo de produção e validação de uma tecnologia expressar a realidade e os interesses da comunidade para que os recursos sejam adequados com suas necessidades locais, e que possam ser utilizados por um número maior de sujeitos (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Para Echer (2005), a construção de tecnologia educativa contribui também para a ampliação dos conhecimentos dos pesquisadores, dos profissionais da saúde, dos

alunos e para a população. Portanto, é necessário que o profissional tenha interesse e criatividade, no sentido de criar e recriar novas formas e novos produtos tecnológicos.

É certo que os profissionais de saúde se encontram em um período de oportunidades e autonomia para o desenvolvimento de tecnologias educativas na singularidade de seu trabalho. Entretanto, o alcance da totalidade da utilização desse tipo de recurso tecnológico é imprescindível a utilização de linguagem que atinjam os usuários e os motivem a apreender. Com isso se torna possível extrair todos os potenciais benéficos desse tipo de recurso (NIETCHE et al., 2005).

Considerando o desconhecimento frequente do educando sobre as condições para manutenção da saúde, levando a hábitos inadequados de vida e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao adoecimento, a adoção de estratégias educativas pelos enfermeiros viabiliza um maior conhecimento dos educandos acerca de sua saúde, sensibilizando-o para a manutenção de comportamentos saudáveis (ÁFIO et al., 2014, p. 162).

Nos serviços de saúde, o uso de tecnologias educativas na prática direcionada a população, deve ter o objetivo de obter e favorecer processos que promovam o poder emancipatório e, dessa forma, será possível que as tecnologias educativas facilitem o autocuidado, tornando essa prática comum e simplificada para o outro (NIETCHE et al., 2005).

A tecnologia educativa atribui a promoção a saúde, advinda da sua utilização como facilitador na tomada de decisões por parte do paciente e família, com isso, proporciona o aumento do conhecimento. Isso promove ações impulsionando para uma vida saudável, características de usuários empoderados, com atitudes intencionais, conhecedor de si e daquilo que o cerca, facilitando o poder de alterar o ambiente, no sentido de resolver seus problemas, por conduta própria utilizando seus próprios meios ou com apoio externo (ÁFIO et al., 2014).

Pode-se definir Educação em Saúde como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais. Dessa forma, pode-se afirmar que a educação em saúde constitui instrumento que atua explicitamente na busca da promoção da saúde, articulando, para esse objetivo, conhecimentos técnicos e populares; recursos institucionais e comunitários; recursos públicos e privados (LEMOS et al., 2015, p. 111).

Contudo, neste estudo, foi construída e validada uma tecnologia educativa em forma de manual e intitulada “O é planejamento familiar”, que está em anexo no trabalho como produto.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Construir e validar uma tecnologia educativa para o planejamento familiar.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar o conhecimento de mulheres atendidas na UBS e ESF do município sobre o planejamento familiar;

Desenvolver e descrever as etapas do processo de elaboração de uma tecnologia educativa para utilização no serviço de planejamento familiar;

Validar o conteúdo da tecnologia educativa com ajuda dos profissionais e público-alvo.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

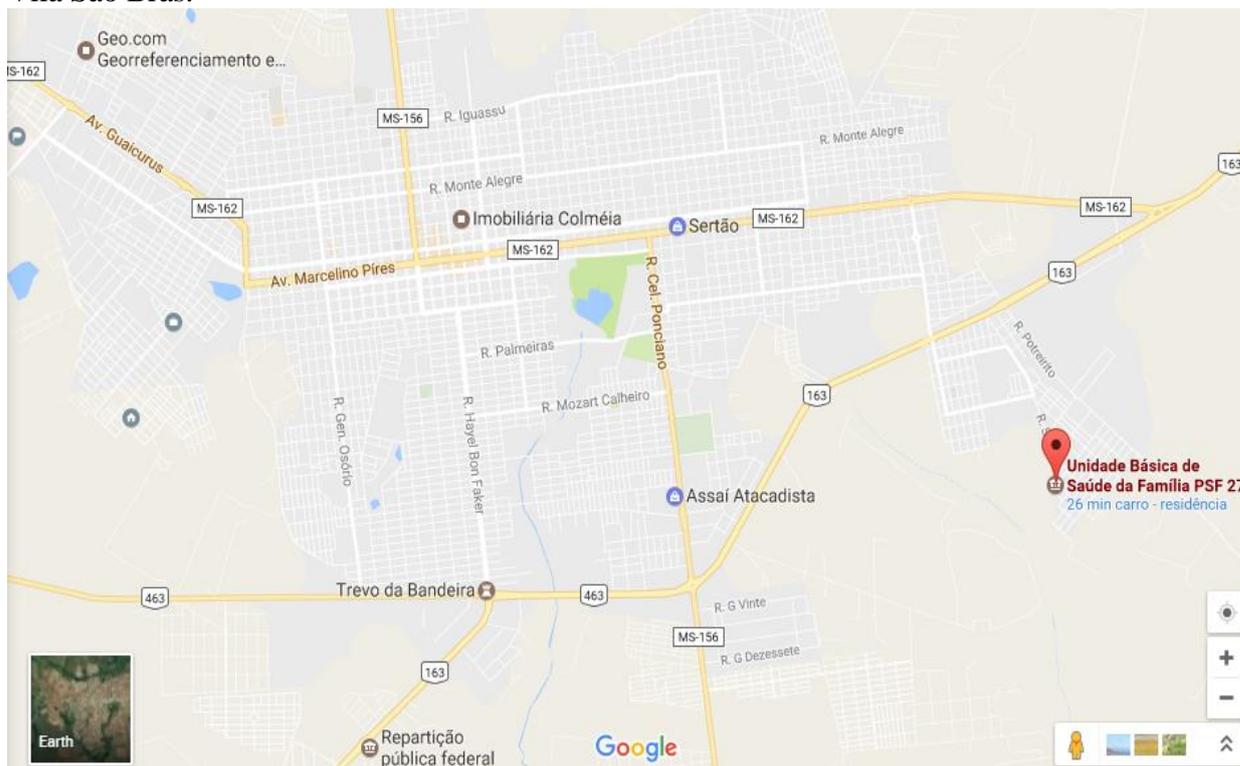
Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento de uma tecnologia educativa, intitulada de manual, com o interesse em construir e validar, utilizando estratégias metodológicas (POLIT, BECK, 2011).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada na Unidade Básica Saúde da Família “Antônio de Carvalho”. Essa unidade é dividida em duas microáreas que compõem as Estratégias de Saúde da família 17 e 27 localizadas no bairro Jôquei Clube e Vila São Brás, na Cidade de Dourados, MS. Sua localização é afastada do centro da cidade, e é a única referência que a população encontra na região para as questões de saúde. As ESFs são compostas por dois médicos, duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. As equipes são responsáveis por 2.090 famílias, com um número de 2.333 mulheres em idade fértil, dentre essas aproximadamente 70 gestantes (DATASUS, 2016).

A UBS foi inaugurada em agosto de 2006. Segundo relatos dos profissionais da mesma, a construção dessa unidade se deu a partir da doação do terreno que era pertencente à família Antônio de Carvalho. Em reconhecimento, a UBS foi nomeada com o mesmo nome. Anteriormente a existência da atual UBS, os atendimentos destinados a população local eram realizados em casas alugadas pela prefeitura.

Figura 1- Estratégias de Saúde da Família 17 e 27 localizadas no bairro Jôquei Clube e Vila São Brás.



Fonte: Print screen do Google maps.

5.3 Participantes da pesquisa

Para a primeira etapa do estudo foram entrevistadas dez mulheres, que seus depoimentos serviram de subsídios para o levantamento do conteúdo do manual. Essas mulheres foram entrevistadas durante os atendimentos nas ESF momento em que procuraram o serviço para coleta do exame ginecológico, consultas de pré-natal ou através de visitas domiciliares.

Na segunda etapa participaram sete profissionais de saúde que realizarem a validação do manual. Por fim, foram convidados nove representantes do público-alvo, também para realizar a validação do manual.

5.4 Critérios de inclusão

Para participar das entrevistas, foram utilizados como critérios de inclusão, mulheres acima de 18 anos de idade, alfabetizadas e que aceitarão participar da pesquisa.

Já para a validação por parte dos profissionais definimos como critérios de inclusão, os seguintes: profissionais de ambos os sexos que desenvolvem atividades em planejamento familiar ou que atuam na área da saúde da mulher, tendo experiência profissional superior a um ano de trabalho.

Para a validação por parte do público-alvo, foram utilizados como critérios de inclusão, ser participantes do sexo feminino, que aceitassem participar da pesquisa e que apresentassem idade acima de 18 anos.

5.5 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão, para todas as etapas foi o participante ter idade menor de 18 anos e ser indígena.

5.6 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos preceitos Éticos de acordo com a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A mesma foi aprovada pela Comissão de estágios, projetos, pesquisas, extensões e trabalhos (CEPET) da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados (ANEXO A). O projeto também teve parecer favorável ao seu desenvolvimento pelo Comitê de Ética da Universidade Anhanguera UNIDERP sob CAAE n° 48754115.3.0000.5161 e parecer n° 1.319.835 de 12 de novembro de 2015 (ANEXO B).

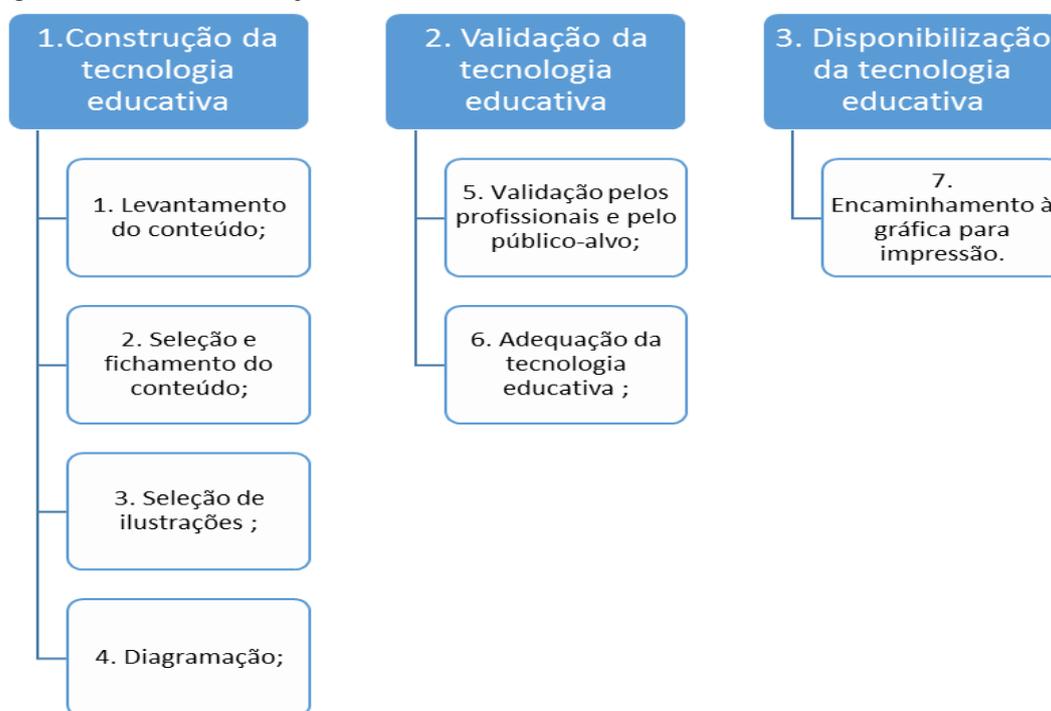
A pesquisa e suas etapas foram realizadas perante o aceite dos participantes, sendo que os mesmos foram informados sobre a pesquisa, às finalidades e relevância e, após foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter sigilo e o anonimato das participantes, nas análises dos dados identificamos as mulheres entrevistadas na etapa 1 com os códigos Entrevistada 1 a Entrevistada 9. E, na etapa de validação realizada pelo público-alvo, a análise dos dados os participantes foram identificados pelo código Público-alvo 1 a Público-alvo 9.

5.7 Período e fases da elaboração da tecnologia educativa

O desenvolvimento do material educativo foi direcionado pelas seguintes fases:

Figura 2- Etapas a serem seguidas no desenvolvimento da tecnologia educativa. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.



5.7.1 Fase 1: Construção da tecnologia educativa

Para a elaboração de materiais utilizados na orientação em saúde, é recomendado que o processo de construção deve ser realizado em três etapas:

construção da tecnologia educativa, validação da tecnologia educativa e disponibilização da tecnologia educativa (ECHER, 2005).

Segundo o autor supracitado, é de extrema importância para garantir a qualidade da tecnologia educativa, usar informações relevantes, linguagem acessível e buscar conhecimento científico sobre o tema.

5.7.1.1 Etapa 1: Levantamento do conteúdo

a) primeiramente foi realizado uma pesquisa bibliográfica, que por sua vez é entendida pela revisão de literatura, com o interesse em procurar, discutir e explicar um assunto, que norteiam o trabalho científico (PIZZANIL et al., 2012).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca em base de dados indexados como: BIREME, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS) e Scielo. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à tecnologia educativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período entre 2005 e 2015.

Foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): planejamento familiar, métodos contraceptivos, tecnologia educativa, elaboração de manuais em saúde. Durante as buscas, foram encontrados seis artigos referente a temática que foram selecionados. Ainda, foram selecionados quatro manuais do Ministério da saúde, que foram encontrados no próprio *website* e também foram realizadas consultas no *website* Portal Brasil.

Os materiais selecionados a partir das buscas, foram organizados e realizadas leituras com o interesse em selecionar os assuntos para serem utilizados no manual. De acordo com Echer (2005), é importante realizar a busca especializada em estudos científicos já existentes, proporcionando reconhecimento do valor do pesquisador e segurança ao usuário.

b) por segundo foi utilizado o conteúdo levantado através das entrevistas realizada com as mulheres, com o objetivo de avaliar o conhecimento das mesmas sobre o planejamento familiar. Foi realizado orientações sobre o estudo e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A entrevista semiestruturada contida no (Apêndice B) teve como objetivo avaliar e capturar as diversidades de pontos de vista sobre as necessidades de conhecimentos das usuárias em planejamento familiar a fim de confrontar as diversas realidades e dar maior consistência ao conteúdo da tecnologia educativa. As informações foram gravadas e após analisadas individualmente.

A entrevista semiestruturada tem um caráter aberto e permite que o entrevistado responda as perguntas dentro de sua concepção. Porém, para que não se desvie do tema, o pesquisador deve sempre manter o foco da entrevista (AGUIAR; MEDEIROS, 2009).

Após a caracterização das mulheres, iniciaram as entrevistas, composta por um instrumento com nove perguntas. As mesmas foram gravadas com gravador portátil e tiveram a duração de 10 a 15 minutos.

A amostragem envolvendo as mulheres foi definida por conveniência, isto é, ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. O fechamento amostral foi definido por saturação, que por sua vez, durante as entrevistas saturou com o total de dez mulheres.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008) a saturação é um tipo conceitual utilizado em relatórios de averiguações qualitativas em diversas áreas da saúde e educação. Segundo os autores, o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar repetição dos assuntos, na avaliação do pesquisador, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Como aporte teórico para embasar as análises, nos apropriamos do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 2008).

Bourdieu considera que o *habitus* traduz no que se diz respeito ao indivíduo agir e pensar em seu contexto social. Também cria e desenvolve estratégias individuais ou coletivas traduzindo em estilos de vida, em atos morais, em julgamentos políticos e estéticos (VASCONCELOS, 2002).

Para Bourdieu, *habitus* é um sistema de disposições durável, socialmente constituído, sendo o resultado de conhecimentos e práticas que favorecem as ações e experiência posteriores. Para ele, o *habitus* está condicionado ao comportamento dos agentes e pode ser definido como:

Sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘regulamentadas’ e ‘reguladas’ sem ser o produto de obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio exposto das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 1994, p. 61).

A análise metodológica das respostas das mulheres entrevistadas e do público-alvo foi amparada na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2000). Esse método consiste em analisar as informações seguindo um roteiro constituído por etapas: (a) pré análise, em que se formula uma hipótese e o objetivo da pesquisa através do levantamento dos documentos, (b) na exploração do material se aplica as técnicas específicas e, (c) no tratamento dos resultados e interpretações (RAMOS; SALVI, 2009).

Portanto, a categoria 1 foi chamada de “planejamento familiar”, pois se trata das perguntas de um a quatro envolvendo: Para você o que é planejamento familiar? O que você conhece sobre o planejamento familiar? Você já recebeu orientações sobre o planejamento familiar? Onde e qual o profissional de saúde que passou as orientações?

A categoria 2 foi chamada de “métodos contraceptivos”, pois se trata das perguntas de cinco a sete envolvendo: As mulheres também foram questionadas sobre Qual método contraceptivo e há quanto tempo você o utiliza? Como você teve conhecimento sobre esse método? Por que você escolheu esse método?

A categoria 3 foi chamada de “escolha dos métodos contraceptivos”, pois se trata das perguntas de oito a nove envolvendo: Quais outros métodos contraceptivos que você conhece? Para a escolha desse método contraceptivo que você utiliza, teve a participação do seu parceiro, de que forma?

5.7.1.2 Etapa 2: Seleção e fichamento do conteúdo

Ao finalizar a leitura do conteúdo levantado foram selecionados os assuntos de interesse de acordo com a proposta do estudo (TELLES et al., 2014). Para os autores é importante a adequação de uma linguagem simplificada na composição da tecnologia educativa. Segundo Echer (2005), a linguagem das informações encontradas na

literatura deve ser transformada com o objetivo de atingir todas as camadas da sociedade. Deve-se ter a preocupação na transformação dos termos técnicos em palavras simplificadas para facilitar a compreensão.

5.7.1.3 Etapa 3: Seleção de ilustrações

É importante ilustrar as orientações contidas na tecnologia educativa e, com isso, torná-lo descontraído e compreensivo ao leitor. Em algumas situações, as ilustrações tornam-se autoexplicativas (ECHER, 2005).

Considerando a necessidade de haver figuras na tecnologia educativa, e para facilitar a compreensão dos textos e chamar a atenção dos leitores, definiu-se a utilização de figuras prontas, encontradas em materiais selecionados, como livros textos, livretos de empresas privadas e materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde. As referências das ilustrações foram citadas na tecnologia educativa.

5.7.1.4 Etapa 4: Diagramação

Foi contratado um profissional especializado para a realização da diagramação. O conteúdo da tecnologia educativa foi encaminhado com uma organização prévia em forma de roteiro. A tecnologia educativa contém número de páginas, pois sua versão impressa (frente e verso das folhas) seguiu as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de número 6029 da mesma (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2006).

5.7.2 Fase 2: Validação da tecnologia educativa

Nessa etapa da validação foram consultados dois tipos de avaliadores, os profissionais atuantes em saúde da mulher e o público-alvo que são usuárias do SUS. A

validação preocupa-se em medir os traços complexos para que possa captar adequadamente a clareza, o objetivo e a aparência do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

5.7.2.1 Etapa 5: Validação pelos profissionais e pelo público-alvo

Após a construção preliminar da tecnologia educativa, ocorreu a validação em dois momentos, usando a seleção das amostras não probabilística intencional dos especialistas e do público-alvo. Segundo Oliveira, Fernandes e Sawada, (2008) nesta etapa, o pesquisador não está interessado na representatividade numérica e sim na opinião, na ação e na intenção do sujeito alvo da pesquisa.

a) a tecnologia educativa foi apresentada aos profissionais para a validação, que de acordo com Wynd (2003) e Zamanzadeh et al. (2014), é necessário um painel de avaliadores titulares com formação adequada, experiência e qualificação, bem como, domínio do conteúdo.

Segundo Oliveira, Fernandes e Sawada (2008), o número ímpar de profissionais deverá ser utilizado para evitar empate de opiniões. Assim, participaram como juízes médicos, enfermeiros, farmacêutico, psicólogo, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Os profissionais selecionados foram convidados a participar do estudo e foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) para leitura e assinatura.

O questionário de validação foi adaptado do estudo de Oliveira (2006) em que foi utilizado para validação e construção de um manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada, contido no (Apêndice D). O questionário contém as informações de identificação do avaliador e os itens a serem seguidos para a avaliação da tecnologia educativa. Para análise dos dados foi utilizado a escala de Likert, que segundo Wynd (2003) os especialistas selecionados avaliarão a relevância do conteúdo da tecnologia educativa de acordo com a escala ordinal com quatro possíveis respostas. As respostas incluem a classificação: 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado e 4. Totalmente adequado.

Para Zamanzadeh et al. (2014) as respostas deverão ser analisadas de acordo com a pontuação dos avaliadores: entre 1 e 2 são consideradas “conteúdo inválido”, enquanto que as avaliações de 3 e 4 são consideradas “conteúdo válido”.

b) a validação pelo público-alvo ocorreu individualmente. Foram convidadas nove representantes do sexo feminino, abordadas no período em que estavam em atendimento nas UBS e nas ESFs 17 e 27 do município. A escolha seguiu a recomendação de Oliveira (2006), que utiliza um número ímpar de participantes e, com isso evita empate de opiniões. As mesmas receberam as orientações e foi solicitado a leitura e anuência do TCLE (Apêndice E). Após, foi apresentado a tecnologia educativa, seu objetivo e a importância da opinião da avaliadora para a melhoria do material.

Na sequência foi solicitado para que respondessem o questionário (Apêndice F), sem interferência da pesquisadora. O referido questionário também foi utilizado no estudo de Oliveira (2006) e adaptado para a presente pesquisa. O questionário contém a identificação do público alvo e os itens que avaliam a tecnologia educativa. As respostas com semelhança de 75% positivas foram consideradas e, as respostas com nível de concordância menor que 75% foram realizadas alterações.

Para reforçar a validação realizada pelo público-alvo, foi realizada a análise da resposta a pergunta: “De um modo geral, o que você achou esse manual? ”. Pretendeu-se conhecer a opinião avaliadora sobre o manual que resultou em três categorias: importante, explicativo e informativo. As respostas foram analisadas com auxílio de análise de conteúdo de Bardin (2000).

A organização do método de análise dos dados, obtidos através de pesquisa qualitativa, tem a finalidade de qualificar as vivências e compreensões do público pesquisado, no sentido de capturar suas percepções sobre o objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977).

5.7.2.2 Etapa 6: Adequação da tecnologia educativa

Após passar pelas avaliações dos profissionais e público-alvo, a tecnologia educativa foi readequada de acordo com as sugestões indicadas pelos avaliadores.

5.7.3 Fase 3: Disponibilização da tecnologia educativa

5.7.3.1 Etapa 7: Encaminhamento à gráfica para impressão

Após o processo de construção e validação da tecnologia educativa, a mesma foi encaminhada à gráfica para impressão. Nessa etapa, foram impressas apenas dez unidades para serem distribuídas para banca examinadora como produto final do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

6 RESULTADOS E DICUSSÕES

A educação em saúde tem a finalidade de contribuir com o ensino-aprendizagem dos usuários. Essa prática tem se tornado cada dia mais interativa com a utilização de tecnologia educativa, que é um instrumento construído a partir da interação paciente-profissional, com o interesse de facilitar para a educação em saúde (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Neste estudo, a construção da tecnologia educativa voltada para o atendimento em planejamento familiar, visou a interação com as usuárias com o objetivo de identificar e promover o conhecimento sobre a temática. Para tanto, descrevemos as fases e etapas do processo de construção da tecnologia educativa.

Fase 1 – Construção da tecnologia educativa

De acordo com Echer (2005), para a construção de manuais para a orientação em saúde é necessária à busca de conhecimentos científicos do tema a ser trabalhado. As informações contidas nesses materiais construídos devem ser adequadas e com linguagem compreensível, assim como também, deve ter a participação ativa de profissionais e pacientes.

Etapa 1: Levantamento do conteúdo

O início da construção do manual deu-se com a realização das entrevistas com as mulheres para a avaliação do conhecimento das mesmas sobre o planejamento familiar. Com os depoimentos foi possível capturar as reais necessidades de informações dessas mulheres, com o interesse de produzir uma tecnologia educativa com uma linguagem simplificada, condizente com a realidade de convívio social desse público. Também pelos dados contidos nas falas levantadas, foi possível constatar os seus comportamentos e atitudes no seu grupo social em relação ao planejamento familiar.

As mulheres entrevistadas possuem entre 18 a 49 anos de idade. Em relação a situação conjugal, seis mulheres responderam ser casadas, uma com união estável, uma amasiada e duas referiram ser solteiras. No tocante à profissão, seis declararam ser do lar, uma consultora de beleza, outra auxiliar de limpeza, uma manicure e pedicure e uma entrevistada mencionou ser estudante.

Quando questionadas sobre a escolaridade, uma respondeu não ter concluído o ensino primário, duas concluíram o ensino fundamental, cinco possuem o ensino fundamental incompleto e duas, o ensino médio incompleto.

Em relação ao número de gestações, uma das entrevistadas relatou oito gestações, umas cinco e outra participante quatro. Três participantes tiveram três gestações, uma engravidou duas vezes e outra uma gravidez. Das participantes, apenas uma nunca ficou grávida.

Aguirre et al. (2006) afirmam que os comportamentos das pessoas apresentam um mesmo padrão, dentre um grupo que tem uma condição socioeconômica semelhante, contudo, há chances de as atitudes habituais serem reproduzidas continuamente pelo grupo.

Para avaliar os conhecimentos que as mulheres entrevistadas possuem em relação ao planejamento familiar nos apropriamos do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu, por entendermos que as práticas relacionadas ao planejamento familiar devem ser incorporadas na vida dessas mulheres de forma natural.

O conceito de *habitus* é definido como práticas, atitudes e conhecimentos a respeito de suas vivências no cotidiano que, transformam-se em elementos que passam a ser inculcados e interiorizados ao longo da vida e que são reproduzidos inconscientemente pelas pessoas (MISSIO, 2014).

Bourdieu (1992) aponta que, o conceito de *habitus* é baseado nas relações mantidas pelos diversos grupos sociais, no qual fornece respostas sobre a trajetória de vida dessas pessoas, concretizado pelos seus comportamentos e atitudes desenvolvidos socialmente. O autor define, *habitus* como:

[...] sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes. Tais práticas e ideologias poderão atualizar-se em ocasiões mais ou menos favoráveis que lhes propiciam uma posição e uma trajetória determinadas no

interior de um campo intelectual que, por sua vez, ocupa uma posição determinada na estrutura da classe dominante (BOURDIEU, 1992, p. 191).

Também que as mulheres entrevistadas apresentam forte influência das relações comportamentais e pensamentos inculcados cotidianamente através de anos, pode-se inferir que está aí o *habitus* instaurado (BOURDIEU, 2004).

Dessa forma, após a análise das entrevistas segue a discussão elencando as categorias elaboradas de acordo com a temática levantada nos depoimentos das entrevistadas.

Categoria 1: planejamento familiar

Ao analisar as falas das mulheres entrevistadas observou-se que, a estruturação do grupo familiar e a interação como o meio de convívio social foi importante para o desenvolvimento de certos padrões culturais, e as atitudes vivenciadas em relação ao planejamento familiar, já estão pré-estabelecidas por partes das mulheres.

A realidade do contexto social que está posto nas mulheres analisadas parece prevalecer características herdadas da convivência em suas famílias, no qual, as tomadas de decisões são realizadas inconscientemente, mesmo que a pessoa pré-estabeleceu um pensamento contrário, o meio social não favorece tal conduta (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014). Desta forma, são comportamentos semelhantes que vão se repetindo. Segundo Bourdieu

A família é um princípio de construção ao mesmo tempo imanente aos indivíduos (enquanto coletivo incorporado) e transcendente em relação a eles, já que o reencontram sob forma objetivada em todos os outros: e um transcendental no sentido de Kant, mas, sendo imanente a todos os *habitus*, impõe-se como transcendente (BOURDIEU, 2008, p. 128).

O *habitus* instaurado no cotidiano das mulheres entrevistadas demonstrou que, ao questioná-las sobre o que é o planejamento familiar, ficou evidenciado o

desconhecimento do seu real significado. Algumas mulheres ao responderem os questionamentos, apresentaram dúvidas em suas falas, o que pode ser observado abaixo.

Eu não sei responder, o que responder? Eu não sei, mais gostaria de saber, porque eu não sei (Entrevista 01).

Você me apertou, como é que eu vou responder? Planejamento familiar? Você quer dizer assim, aqui no posto? Ah eu, é a família, sobre minha família, acho que é a união, né! (Entrevista 03).

As mulheres entrevistadas, apesar de relatarem que possuem uma vida sexual ativa e parceiro fixo, ao serem questionadas sobre o que conhecem em relação ao planejamento familiar, responderam como um conceito de formação familiar idealizado e não algo concreto e definido para suas vidas em relação a saúde reprodutiva. Para Bourdieu (2008), o *habitus* de cada pessoa tem uma maneira de se expressar sobre si, de acordo com o variar da vida, a qualidade de sua convivência social ou a vontade de uma realização pessoal, é representada na forma de seu discurso.

Os depoimentos abaixo apontam este fato:

Para o planejamento familiar começa desde quando você está solteira, que você tem todo um planejamento de namoro, noivo, casar, ter filhos, realizações ou até mesmo antes de ter filho, por aí! (Entrevista 02).

É você casar e começar a planejar, como é que vai ser sua família, com isso, ter uma família estruturada né! Porque, por exemplo, para mim, eu nunca fui casada eu só fui amasiada, tive oito filhos, mais nenhum [...] Quer dizer [...] nem todos ficaram comigo. Eu só criei três filhos. Então eu não tive um planejamento familiar né! Então eu não sei o que te dizer o que é um planejamento familiar? Não posso falar (Entrevista 07).

[...] assim [...] planejamento familiar na minha família? Lá na casa da minha mãe foi tudo formado e a gente vivi bem. Eu acho assim, para forma uma família você tem que ser bem experiente, saber que você é a cabeça da casa, que lá na casa da minha mãe era só minha mãe. Era só minha mãe eu e meus dois irmãos. Então é você viver bem mesmo sabendo as dificuldades que você vai passar, você viver bem lá dentro da sua família no seu lar (Entrevista 10).

Para Bourdieu (2008), o *habitus* de cada pessoa tem uma maneira de se expressar sobre si, de acordo com o variar da vida, a qualidade de sua convivência social ou a vontade de uma realização pessoal é representada na forma de seu discurso.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que as respostas foram curtas, demonstrando a falta de entendimento pelas mesmas sobre o tema em questão. Este fato também pode estar relacionado a falta de ações educativas sobre planejamento familiar desenvolvida nas unidades de saúde.

Quando as mulheres entrevistadas foram questionadas sobre onde e qual profissional de saúde, realizou orientações sobre o planejamento familiar, as mesmas responderam que, não e/ou nunca receberam orientações, por sua vez as respostas foram curtas, demonstrando o pouco conhecimento sobre o assunto.

Nunca recebi orientações (Entrevista 01).

Não tive orientações (Entrevista 02).

Nenhum, para mim nenhum (Entrevista 07).

Eu não me lembro (Entrevista 09).

Para Bourdieu, isso demonstra que,

[...] o estilo pessoal, isto é, essa marca particular que carregam todos os produtos de um mesmo *habitus*, práticas ou obras, não é senão um desvio, ele próprio regulado e às vezes mesmo codificado, em relação ao estilo próprio a uma época ou a uma classe (BOURDIEU, 1983, p. 80-81).

Já as mulheres entrevistadas que responderam ter recebido orientações sobre o planejamento familiar, não souberam identificar qual o tipo de profissional que realizou essas orientações. Neste sentido, Nunes (2013), afirma que a inclusão dessa temática nas rotinas assistenciais com o interesse de educação popular, e a aceitação desses indivíduos, está ligada com o nível de proximidade do profissional com a sociedade.

Eu recebi a orientação lá na Clínica da Mulher (CM), acho era uma Doutora (Entrevista 04).

Oh moça não lembro! Porque era na saúde da mulher e eram várias pessoas, dando a palestra (Entrevista 05).

Ainda sobre as orientações recebidas, pelos depoimentos das entrevistadas fica evidenciado também que as o envolvimento dos profissionais de saúde não é de pouco impacto para garantir o conhecimento dessas mulheres sobre a Política Nacional de Planejamento Familiar e sobre os tipos de métodos contraceptivos disponíveis (OSIS et al., 2009).

Neste sentido, podemos inferir sobre a importância do desenvolvimento de *habitus* saudáveis em relação à saúde reprodutiva. Pois,

[...] o *habitus* produz estratégias que, embora não sejam produto de uma aspiração consciente de fins explicitamente colocados a partir de um conhecimento adequado das condições objetivas, nem de uma determinação mecânica de causas, mostram-se objetivamente ajustadas à situação (AGUIRRE et al., 2006).

Em sua minoria, algumas mulheres relataram ter procurado orientações com profissionais de saúde, ao decidirem iniciar o uso de algum método contraceptivo, as mesmas responderam que foram incentivadas pelo médico e ou a enfermeira do posto de saúde a usar pílulas. A fala abaixo denota este fato:

[...] eu comecei a usar pílula quando passei pelo médico. Ele disse que eu poderia estar tomado, pois não causaria mal para minha saúde. E eu poderia usar durante a amamentação (Entrevista 06).

Também foi possível constatar pelos depoimentos das entrevistadas que as mulheres que tinham um pouco mais de entendimento sobre o planejamento familiar, foram aquelas que receberam informações durante atendimento na CM, a fim de passar pelo acompanhamento pré-natal de alto risco ou para a realização de esterilização cirúrgica masculina e ou feminina. Mesmo assim, demonstraram pouco conhecimento sobre esse assunto, o que a fala a seguir mostra:

[...] eu e meu marido participamos de palestra quando eu fiz acompanhamento lá na CM da minha gravidez, recebi palestra para o casal. Depois recebemos orientações, sobre se é isso mesmo que queremos a laqueadura ou a vasectomia [...] (Entrevista 04).

Desta forma, salienta-se que as práticas educativas devem contribuir para autonomia das mulheres e seus parceiros na escolha e decisão do contraceptivo mais adequado para o casal (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

As respostas prevaleceram para a grande maioria das entrevistadas que o início da vida sexual ativa foi precoce e conseqüente, surgiu uma gravidez não planejada. Este fato pode estar relacionado à ausência de informações/conhecimentos sobre o planejamento familiar, pois só tomam conhecimento sobre os métodos contraceptivos após nascimento do filho quando procuram o serviço de saúde para iniciar contracepção. Porém, observou-se pelos relatos que a escolha pelo método a ser utilizado já vem, de certa forma, pré-estabelecida por parte das mulheres, não havendo interferência do profissional na indicação deste, pois apenas atende a vontade da mulher.

Bourdieu diz que,

De fato, sem sair dos limites da sociologia, como responder a velha questão empirista a respeito da existência de um eu irreduzível a rapsódia de sensações singulares? Sem dúvida, podemos encontrar no *habitus* o princípio ativo, irreduzível as percepções passivas, de unificação das práticas e das representações (isto é, o equivalente, historicamente constituído, logo, historicamente situado, desse eu cuja existência devemos postular [...]) (BOURDIEU, 2008, p. 77).

Dessa forma, é possível pensar que o meio social onde essas mulheres vivem, possibilita que suas aspirações sejam concretizadas sem a interferência de estruturas alheias. Somente ocorre a mudança na maneira de pensar, quando essas aspirações são alteradas por influências e, neste caso, pelo nascimento de um filho que não foi planejado o que fez com que procurem por uso de métodos contraceptivos. Neste contexto, Aguirre et al. (2006) mencionam que de forma espontânea as histórias de cada pessoa vão se repetindo pelo *habitus* instaurado interiormente.

Baseado no conceito de *habitus*, salienta-se que as relações vividas pelos indivíduos em seu meio social contribuem para a tomada de decisão futura que tendem

ser semelhante entre as gerações. Esse padrão social, é determinado por certas culturas, e as ações repetidas por esses indivíduos acabam sendo essencial para viver nessa determinada sociedade gerações (BRANDT, 2014).

Em relação às questões reprodutivas, no caso de mulheres carentes de recursos financeiros e de informação, pode ocorrer um número grande de filhos, pois nesse grupo é comum essa atitude. Já, entre as mulheres que apresentam em sua família um poder aquisitivo melhor e mais instrução, ter muitos filhos está ligado diretamente com o desgaste do corpo da mulher. Portanto, tendem a se cuidarem, evitando uma gravidez não planejada com o uso de métodos contraceptivos (AGUIRRE et al., 2006).

Os depoimentos abaixo denotam este fato:

Eu morava em fazenda, minha mãe abandonou a gente, fui criada pelo meu pai. Meu pai não ia explicar como usava né! Ai, eu vim morar na cidade e já casei com 15 anos, logo, com 16 eu engravidei e não sabia como prevenir. Depois eu fui tendo palestra aqui no posto. Então, eu fui sendo orientada pela enfermeira e pela agente de saúde também. Na escola também comecei a aprender, mais só fiquei sabendo das orientações depois que engravidei, fiquei grávida pela segunda vez, aí que eu fiquei sabendo que tinha que me cuidar (Entrevista 03).

No sentido de que a realidade favorecer ao meio, o habitus transmitido por gerações, é possível identificar a falta de estrutura familiar nessa entrevistada, isso permitiu que seu comportamento fosse típico com a sua realidade.

É você casar e começar a planejar, como é que vai ser a sua família, com isso, ser uma família estruturada né! Porque, por exemplo para mim, eu nunca fui casada eu só fui amasiada, tive 8 filhos, mais nenhum.... Quer dizer... nem todos ficaram comigo. Eu só criei 3 filhos [...] (Entrevista 07).

De acordo com Parreira, Silva e Miranzi (2011) o nível socioeconômico, a idade e a escolaridade também estabelecem influências nas decisões de escolha em relação aos métodos contraceptivos. Neste sentido, os profissionais de saúde devem levar em consideração os padrões culturais, sociais e físicos dessas mulheres nas indicações e orientações sobre os métodos contraceptivos.

Os habitus individuais são produtos do processo de socialização e podem ser constituídos em espaços diversos e de modos e trajetórias diferentes. É importante compreender ainda que esse conceito não diz respeito apenas à forma de reproduzir ou conservar habitus (BRANDT, 2014).

Categoria 2: métodos contraceptivos

Nesse sentido, as respostas das mulheres entrevistadas sobre qual método contraceptivo e há quanto tempo utiliza foram muito semelhantes, demonstrando que grande parte conhecia os mesmos tipos de métodos. Dentre eles, citaram a pílula, a injeção, a camisinha, o DIU e a laqueadura. Porém, os que mais prevaleceram nas falas das mulheres foram a pílula e a laqueadura.

Algumas mulheres em sua resposta afirmaram que usaram o método contraceptivo entre uma gestação e outra, com o interesse de evitar filho em um momento não desejado. Mencionam que o uso se tornou habitual após ter tomado conhecimento dos mesmos por parte de familiares, amigos e vizinhos. O profissional de saúde foi pouco apontado.

Comprimido, comecei a usar assim que eu casei, tem um ano e dois meses (Entrevista 02).

Comprimido e camisinha. Mais ou menos 3 anos tomando pílula (Entrevista 03).

Eu uso injetável, vai fazer um ano. Mais já usei a pílula por um tempo e o DIU. (Entrevista 05).

Anticoncepcional usei uns 10 anos, parei dois anos para ficar grávida do meu primeiro filho (Entrevista 08).

O cuidado de relação a saúde reprodutiva deve ser incorporado pelas mulheres como um *habitus* em suas vidas. Bourdieu (2004) aponta que as disposições adquiridas que formam o *habitus* podem ser permanentes e duráveis e, quando fortalecidas permearão todas as ações dos indivíduos.

Dentre os métodos contraceptivos que são disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde e que estão disponíveis em Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de garantir a prevenção de gravidez não planejada estão: os preservativos

masculino e feminino, a pílula, a minipílula, os injetáveis mensal, os injetáveis trimestral, o DIU, a pílula anticoncepcional de emergência e o diafragma (PORTAL BRASIL, 2016).

Porém, os métodos mais comuns utilizados pelas mulheres são a pílula como método reversível e, a laqueadura e vasectomia como irreversíveis. Para Nicolau et al. (2011), isso demonstra a dificuldade da Política Nacional de Planejamento Familiar em se tornar elemento fundamental na assistência realizada a mulher. Apontam que tem faltado maior integração no acompanhamento entre usuárias e profissionais de saúde, no sentido de mais competência técnica, informações e atuação do sistema de saúde.

Também ficou evidenciado pelas falas das mulheres entrevistadas que não são orientadas pelos profissionais de saúde sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis na rede básica de saúde. Portanto, as mulheres empiricamente optam pela pílula e pela laqueadura por se tratar de um método comum e, por acharem ser o melhor e mais adequado para o casal. A prevalência desses métodos reflete a distorção existente na oferta, orientação e distribuição dos métodos contraceptivos (NICOLAU et al., 2011).

Algumas mulheres ao escolherem o método contraceptivo para o casal preferem os reversíveis (pílulas e os injetáveis). Este fato pode estar relacionado aos muitos casos de não se enquadrarem nos parâmetros legais para a realização de algum método irreversível (laqueadura e/ou vasectomia) (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

Em Dourados/MS a Clínica da Mulher é referência para o atendimento de pré-natal de alto risco, acompanhamento de exames preventivos alterados, exames de ultrassonografia e mamografia, orientações sobre métodos contraceptivos e preparo da documentação para casais cadastrados no programa de planejamento familiar que tenham interesse em realizar laqueadura e/ou vasectomia, reversão de laqueadura e inserção de DIU (DOURADOS, 2016).

Salienta-se que para a realização dos métodos contraceptivos irreversíveis, a mulher e seu parceiro devem ser informados pelos profissionais de saúde com o objetivo de não causar arrependimentos futuros (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

Na maioria das vezes, as mulheres e seus parceiros que passam pelo aconselhamento de planejamento familiar para a realização da cirurgia, já estão com uma opinião formada sobre a realização da cirurgia de esterilização e, não são desestimuladas pelos profissionais de saúde no sentido de conhecer e usar outro tipo de

método. Contudo, os serviços de saúde devem realizar orientações sobre a saúde sexual e reprodutiva, com interesse de formar um cliente crítico e reflexivo capaz de reconhecer o melhor método contraceptivo (PIERRE, CLAPIS, 2010).

Para Bourdieu é possível favorecer a mudança de *habitus*, com isso os indivíduos,

[...] podem também lutar com as forças do campo, resistir-lhes e, em vez de submeter suas disposições às estruturas, tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições, para confrontá-las às suas disposições (BOURDIEU, 2002, p. 28-29).

Além disso, as ações da Política Nacional de Planejamento Familiar preconizam estratégias educativas individuais e coletivas as quais devem ser elemento primordial dos profissionais de saúde, na garantia da eficácia das informações e orientações necessárias que favoreçam ao indivíduo autonomia na escolha do melhor método para a sua condição de saúde e social (ANDRADE; SILVA, 2009).

Ao escolher algum tipo de método contraceptivo, a maioria das mulheres entrevistadas relatou que tiveram conhecimento através de conversas com pessoas próximas, denotando que a convivência com os agentes sociais determinou a escolha do método contraceptivo sem a participação do profissional de saúde. Isso se dá devido às relações informais com outros indivíduos, que em muitos casos estabelecem um contato de maior proximidade e, com isso estabelecem um vínculo de confiança (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

Este fato pode ser entendido na fala abaixo:

Eu tomei, porque os vizinhos falavam que tomar tal comprimido era bom, e eu tomava porque os vizinhos falavam que era bom. Tomava conhecimento também da boca das comadres (Entrevista 01).

Nesse sentido, para Aguirre et al. (2006) a posição que cada pessoa toma em relação a sua conduta pessoal, está altamente ligada a legitimação das regras e atitudes instauradas pelos agentes sociais, no qual é considerado um espaço que prevalece um

poder pela ação do capital cultural e social. Esse comportamento é o *habitus* vinculado nas disposições de tomada de ação por atitudes instaladas no meio.

Entretanto, o conhecimento pré-definido dessas mulheres no sentido da utilização de algum método contraceptivo, dificilmente será (re) moldado com as orientações de profissionais de saúde, mesmo recebendo as informações sobre esse assunto (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

Quando questionadas o porquê da escolha do método contraceptivo, as mulheres entrevistadas responderam ser o melhor que se adaptou ao casal e mais fácil acesso. Na escolha do método contraceptivo a maioria levou em consideração a relação com o parceiro, o medo de uma gravidez não planejada e ou por não apresentar confiança em outros métodos.

Categoria 3: escolha dos métodos contraceptivos

Em relação aos outros métodos conhecidos pelas mulheres, as mesmas apontaram ter algum conhecimento, porém, foi unânime relatos dos mesmos métodos pelas entrevistadas como sobre a pílula, o preservativo, laqueadura, vasectomia e DIU. Bourdieu descrever tal *habitus* impregnado devido a incorporação de características e disposições pelos indivíduos, que são seguidas naturalmente partindo da predisposição que o grupo social representa (BOURDIEU, 2003).

Tem o anticoncepcional, a camisinha e o DIU (Entrevista 05).

Conheço a camisinha, pílula, laqueadura e DIU (Entrevista 07).

Ainda as mulheres entrevistadas, ao eleger um método para o seu uso, elas preferem sempre os mesmos, pílula e laqueadura. Percebemos que se trata de uma opinião comum e formada entre as mesmas.

Vejo falar tanto aí, mais não dá para acreditar muito não, só acredito no remédio e na laqueadura, os outros eu não confio não (Entrevista 09).

Há sei lá, eu comecei, porque tinha medo de engravidar de novo. A injeção eu tinha medo, aí o mais fácil foi o comprimido (Entrevista 02).

Acho que tomando certinho a gente evita a gravidez. (Entrevista 06).

Nesse contexto, percebe-se a reprodução do *habitus* inculcados entre o meio social,

O *habitus* é constituído pela forma como alguns conceitos ou ações são inculcadas ao ser humano, como forma de reprodução de ações que muitas vezes são reflexos de contextos históricos que perpassam as gerações (BRANDT, 2014).

Neste contexto, Aguirre et al. (2006), salientam que o comportamento e o *habitus* está agregado nas consciências dos seres em atuação desses ambientes. Em se tratando de poder socioeconômico a tendência do uso de métodos contraceptivos tem uma diminuição no seu uso, portanto, a educação popular é chave fundamental para mudar certas habilidades.

As experiências se integram na unidade de uma biografia sistemática que se organizam a partir da situação originária de classe, experimentada num tipo determinado de estrutura familiar. Desde que a história do indivíduo, nunca é mais do que uma certa especificação da história coletiva do seu grupo ou de sua classe, podemos ver nos sistemas de disposições individuais variantes estruturais do *habitus* de classe [...] (BOURDIEU, 1983, p. 80-81).

Salienta-se que as informações adequadas referentes ao planejamento familiar devem ser realizadas integradamente entre o aconselhamento, a clínica e ações educativas, na qual possibilite o cliente exercer seus direitos com autonomia no reconhecimento dos métodos contraceptivos (PIERRE, CLAPIS, 2010).

Neste estudo, quando questionadas sobre a participação do parceiro na escolha do método contraceptivo, as mulheres relataram que a decisão foi tomada com o objetivo de não ter mais filhos e que os companheiros preferem outros métodos que não seja a camisinha. Apresentaram preocupação em agradar seu companheiro. Neste enfoque, a prática de contracepção entre os homens, no sentido de adesão ao uso de

preservativos é quase nula. Devido esse fato as mulheres acabam aderindo a outro tipo de método com o interesse de agradar o seu parceiro (PARREIRA; SILVA; MIRANZI, 2011).

Relatos das entrevistas apontam que:

Meu marido participou na escolha, ele não gosta da bendita cuja. Homem nenhum gosta de preservativo (Entrevista 09).

Há porque meu marido não gosta de usar preservativo, se não se cuida de um lado tem que se cuidar do outro né! (Entrevista 04).

Este fato demonstra que essas mulheres e seus parceiros apresentam preocupação com a gestação não planejada. Porém, ainda a mulher está submissa ao parceiro, prevalecendo fortemente a sua vontade na utilização do método contraceptivo. Entretanto, o método escolhido acaba favorecendo apenas o homem. Aguirre et al. (2006) relatam que o meio socioeconômico permite a adesão de um comportamento e aspirações semelhantes aos vivenciados pelas gerações passadas, isso torna um instrumento valioso para dar força ao *habitus* impregnando nas vivências dessas mulheres no uso de métodos contraceptivos.

Outras mulheres entrevistadas apontaram a ajuda de suas mães na escolha do método contraceptivo.

Eu tinha um parceiro, eu falei com minha mãe, então a minha mãe fez com que eu tomasse a pílula. A minha mãe chamou o meu parceiro e a gente conversou e eu comecei a tomar (Entrevista 10).

Neste sentido, as mulheres são influenciadas, em suas tomadas de decisões, por agentes em posição hierárquica superior, o que confirma a continuidade do *habitus* por gerações. Bourdieu elenca que:

[...] fato de que todas as relações diretas entre os agentes ou entre os agentes e as instâncias de difusão ou de consagração são medidas pela estrutura das relações constitutivas do campo, e na medida em devem sua forma própria à relação objetiva (que pode aflorar à consciência de modo mais ou menos

completo, entre as posições ocupadas pelos termos da relação nesta estrutura, os índices (em particular, os signos sempre ambíguos de reconhecimento) que podem ser obtidos de maneira mais ou menos consciente por ocasião destas relações, índices selecionados e interpretados segundo os esquemas inconscientes do *habitus*, contribuem para formar a representação que os agentes podem ter acerca da representação social de sua posição na hierarquia das consagrações. (BOURDIEU, 1992, p. 161).

No entanto, o *habitus* já estabelecido pode ser alterado com a atuação de novas informações, como as ações de orientações dos profissionais de saúde em relação ao planejamento familiar. Porém, é um trabalho que exige persistência. Para Bourdieu (1992), o *habitus* é interiorizado a partir de ações repetitivas que são integradas gradativamente nos esquemas originais.

Além dos dados encontrados nos depoimentos das entrevistadas, para a construção desse manual, foi realizado buscas em bibliografias, com o interesse de complementar o conteúdo da tecnologia educativa. Portanto, considera-se que a elaboração de tecnologia educativa é uma construção sistematizada do conhecimento que visa o entendimento e conseqüentemente a possibilidade de absorção deste por parte dos indivíduos na atuação dos profissionais de saúde, com o objetivo de torna-los autônomos e poderem intervir em sua própria realidade (NIETSCHE et al., 2005).

Etapa 2: Seleção e fichamento do conteúdo

A partir do levantamento bibliográfico e entrevistas realizadas com as mulheres foi possível realizar o fichamento do conteúdo da tecnologia educativa. Estão representados no Quadro 1, as fontes e referências dos materiais utilizados para o levantamento do conteúdo da tecnologia educativa.

Quadro 1 – Fontes de referências utilizadas para a composição da tecnologia educativa “O é o planejamento familiar”. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

FONTE	REFERÊNCIAS
-------	-------------

Manuais	BRASIL, 2002, 2009, 2010, 2013.
Artigos científicos	ECHER, 2005; MATTAR, 2008; NIETSCHE, 2005; NIETSCHE, et al., 2012; PAZ, DITTERICH, 2009; SILVA, SPESSOTO, NASCIMENTO, 2015.
Websites	PORTAL BRASIL.

O título da tecnologia educativa foi baseado na primeira pergunta da entrevista “Para você o que é planejamento familiar?”, visto que a maioria das mulheres responderam essa pergunta com outro questionamento “*planejamento familiar?*”, fato que parece reforçar a falta de conhecimento dessas mulheres.

Pelo fato das mulheres apresentarem muitas dúvidas em relação ao planejamento familiar, optamos pelo formato de um texto com perguntas e respostas, seguindo o mesmo sentido do título.

As primeiras perguntas foram separadas e agrupadas seguindo a sequência das entrevistas realizada com as mulheres. Dessa forma, elencamos as seguintes perguntas: O que é planejamento familiar? Qual profissional de saúde pode realizar orientações sobre o planejamento familiar? O que é método contraceptivo? E, como fazer para começar a usar algum método contraceptivo?

Em seguida, sentimos a necessidade de complementar com perguntas referente ao tema, para favorecer o entendimento por parte do público que realizará a leitura da tecnologia educativa. Dessa forma, constam as perguntas a seguir: O que é ciclo menstrual? O que é período fértil? O que é ovulação? E, como saber o dia da ovulação e o período fértil?

Por fim os métodos contraceptivos foram descritos conforme cada tipo de método. Optamos por conter na tecnologia educativa apenas os métodos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e os que as mulheres entrevistadas demonstraram algum conhecimento.

Na sequência, elencamos os métodos contraceptivos comportamentais: O que é tabelinha? O que é método da amamentação (LAM)? O que é muco cervical? O que é coito interrompido? Sobre os métodos contraceptivos hormonais: O que são pílulas? O que são minipílulas? O que é contraceptivo de emergência? O que são contraceptivos hormonais injetáveis mensais e trimestrais? Já, sobre os métodos contraceptivos de barreira abordamos: O que é preservativo? O que é diafragma? O que é espermicida? O

que é DIU? E, por fim os métodos contraceptivos definitivos: O que é laqueadura? E o que é vasectomia?

Após o fichamento do conteúdo e os assuntos abordados na tecnologia educativa, definimos as ilustrações que complementam os textos. Portanto, segundo Reberte, Hoga, Gomes (2012), o processo de elaboração de manuais de cuidado em saúde, folhetos e manuais, devem envolver formas de comunicação que sejam capazes de promover resultados expressivos para os pacientes que utilizam esse tipo de tecnologia educativa.

Etapa 3: Seleção de ilustrações

Para a composição da tecnologia educativa foram selecionadas 16 ilustrações, encontradas *websites*. Realizamos várias buscas na tentativa de encontrar ilustrações que mais se adequassem com o tema discutido em cada pergunta da tecnologia educativa. A tecnologia educativa por ser um instrumento facilitador, não se limita apenas na utilização de meios teóricos, mas em componentes que favoreça a construção e reconstrução do conhecimento entre o homem e a educação e o homem e o universo (NITSCHE et al., 2005).

Ao longo do manual as ilustrações foram identificadas com seu número de ocorrência e em algarismos arábicos com o interesse de facilitar o entendimento da sequência lógica do manual. Para tanto, seguimos as recomendações da Norma N° 6029 da ABNT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2006).

A ilustração de número 01 precisou ser alterada a sua estrutura original. Foi recortada e acrescentado pontos de interrogação nos balões de pensamentos do casal desenhado com o interesse de chamar a atenção do leitor para a pergunta “O que é planejamento familiar”. A linguagem que se pretende transmitir com a ilustração é um aspecto importante no processo de construção de tecnologia educativa (REBERTE, HOGA, GOMES; 2012).

Já a ilustração número 4 “da tabelinha”, representando os dias do ciclo menstrual feminino foi confeccionada pela autora utilizando recursos do programa *Excel*. Justifica-se devido à dificuldade de encontrar figuras que realmente alcançassem a linguagem das mulheres entrevistadas.

As figuras que foram utilizadas no manual estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Ilustrações selecionadas a partir de buscas realizadas em *websites* e utilizadas na tecnologia educativa. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

ILUSTRAÇÃO	OBJETIVO	REFERÊNCIAS UTILIZADAS
1- Casal sentado na cama pensando	Estimular a interrogar sobre o que é o planejamento familiar	Fonte: http://lelivros.online/book/por-que-os-homens-fazem-sexo-e-as-mulheres-fazem-amor/ : (Imagem capturada e modificada pela autora)
2- Vários métodos contraceptivos	Conhecer os tipos de métodos contraceptivos	Fonte: http://saude.umcomo.com.br/articulo/quais-sao-os-metodos-contraceptivos-16483.html
3- Posto de saúde	Estimular o leitor procurar o serviço de saúde	Fonte: http://doresdoturvo.mg.gov.br/secretarias/saude/conscientizacao-da-populacao/
4- Tabela	Observar o ciclo menstrual	Imagem criada pela autora
5- Mulher amamentando	Representar a amamentação como método contraceptivo	Fonte: http://www.queridadata.com.br/category/dica-do-especialista/
6- Dedos com muco cervical	Demonstrar o aspecto do muco cervical no período fértil	Fonte: http://www.vouterumbebe.com/metodos-contraceptivos-naturais-ii/
7- Aparelho reprodutor feminino e masculino em animação (ejaculação masculina em direção a vagina)	Demonstrar o a ejaculação no coito interrompido	Fonte: http://gatasdabiologia.blogspot.com.br/2008/11/reproduo.html
8- Agrupamento de pílulas anticoncepcionais	Representar os tipos de pílulas	Fonte: http://doutissima.com.br/2014/05/20/metodos-contraceptivos-entenda-os-e-escolha-um-que-combina-melhor-com-seu-perfil-55343/
9- Mulher com contraceptivo de emergência na mão e companheiro deitado na cama	Representar a responsabilidade do casal ao decidir sobre tomar o contraceptivo de emergência	Fonte: http://www.meuanticoncepcional.com/category/pilula-do-dia-seguintepds/page/6/
10- Figura mão enluvada administrando medicamento no músculo deltoide	Mostrar um profissional de saúde aplicando um contraceptivo hormonal	Fonte: http://enfermagem-na-saude.blogspot.com.br/2010/06/administracao-de-medicacao-via.html
11- Homem e	Demonstrar a	Fonte: http://abcdafuturamamae.blogspot.com.br/2013/03/a

mulher colocando preservativo masculino e feminino	maneira correta de colocar o preservativo masculino e feminino	bandonando-os-metodos-anticoncepcionais.html
12- Mulher colocando o diafragma	Demonstrar a maneira correta de colocar o diafragma	Fonte: http://abcdafuturamamae.blogspot.com.br/2013/03/a-bandonando-os-metodos-anticoncepcionais.html
13- Tubo de pomada e um aplicador	Representar o tubo de espermicida	Fonte: http://alunosonline.uol.com.br/biologia/espermicida.html
14- Aparelho reprodutor feminino com um DIU	Demonstrar como o DIU fica posicionado no interior do útero	Fonte: http://educacao.globo.com/biologia/assunto/fisiologia-humana/metodos-contraceptivos.html
15- Aparelho reprodutor feminino mostrando o local de realização de laqueadura	Mostrar o local de realização da laqueadura	Fonte: http://educacao.globo.com/biologia/assunto/fisiologia-humana/metodos-contraceptivos.html
16- Aparelho reprodutor masculino	Visualizar o local de realização da vasectomia	Fonte: http://www.materprime.com.br/tratamentos/reversao-de-vasectomia/

Etapa 4: Diagramação

Para a diagramação foi necessário à contratação de um profissional com experiência na área, e encaminhado pessoalmente o material da tecnologia educativa previamente organizado e estruturado, com definição dos textos, ilustrações, modelo, a coloração utilizada em cada tópico. Porém, com a ajuda desse profissional foi possível aperfeiçoar a confecção da mesma.

Para Echer (2005), como o conhecimento científico se renova constantemente, a tecnologia educativa deve estar atualizada e ser apresentada em sua diagramação de maneira atrativa para o leitor.

Para a finalização da diagramação da tecnologia educativa, foram realizadas leituras com o objetivo de corrigir erros, principalmente de português. Após, as correções necessárias (texto e edição) foi decidido que a tecnologia educativa seria chamada de manual, pois percebeu-se que esse termo ficaria mais agradável e familiar ao leitor.

A versão final da tecnologia educativa contém número de páginas, pois sua versão impressa frente e verso das folhas seguiu as recomendações da norma número 6029 da ABNT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2006).

Fase 2: Validação da tecnologia educativa

Para a validação da tecnologia educativa tivemos a preocupação de avaliar a clareza, objetivo e aparência do material construído e, com isso, reconhecer se o manual atingiu o objetivo proposto. Portanto, a validação segundo Zamanzadeh et al. (2014) é definida como a capacidade de um instrumento para medir as propriedades do construto em estudo, fator vital para a aplicabilidade da tecnologia educativa construída.

Um modelo preliminar da tecnologia educativa foi impresso em manufatura simples, apenas em folha colorida e distribuída para cada avaliador. Os profissionais avaliadores foram convidados informalmente para participar da pesquisa, através de contato pessoal e por e-mail, no período de maio a agosto, com o prazo de até 15 dias para dar o retorno do material. Já o público-alvo foi contatado pessoalmente na UBS e ESF e verificado disponibilidade para responder o questionário. O processo de validação por parte desses avaliadores foi de maneira assistida pela pesquisadora.

Etapa 5: Validação pelos profissionais e pelo público-alvo

A etapa da validação ocorreu em dois momentos: no primeiro momento foi avaliada por profissionais da área da saúde como: agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiros, psicólogo, farmacêutico e médicos. E, no segundo momento, a validação foi realizada pelas representantes do público-alvo. Nessa etapa a validação ocorreu simultaneamente no período de junho a outubro de 2016.

a) Validação pelos profissionais

Nessa etapa da validação foram realizadas consultas aos profissionais avaliadores, optou-se pela escolha de diferentes categorias com o interesse de mesclar as opiniões. Pensamos que, talvez os profissionais da mesma área profissional estivessem impregnados com o assunto e, com isso impossibilitasse uma opinião crítica. Segundo Echer (2005), quando a avaliação é realizada por profissionais com diferentes áreas de atuação, pode-se dizer que o trabalho está sendo realizado em conjunto, buscando olhares e enfoques com opiniões diferentes sobre o tema.

Todos os profissionais que foram convidados e aceitaram participar da pesquisa. Portanto, os participantes da validação da tecnologia educativa estão representados no Quadro 3.

Quadro 3 – Profissionais que participaram da validação, Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

PROFISSIONAL	ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
Médica	Ginecologia e obstetrícia	8 anos
Médico	Ginecologia e obstetrícia	5 anos
Enfermeira	Saúde da mulher	16 anos
Farmacêutico	Educação	22 anos
Psicóloga	Psicóloga	6 anos
Técnico de enfermagem	Saúde da mulher	5 anos
Agente comunitário de saúde	Saúde pública	10 anos

Obtida a concordância em participar da pesquisa, a tecnologia educativa foi apresentada aos profissionais de saúde para a validação. Para tanto, foi entregue inicialmente o TCLE para leitura e assinatura e o questionário de validação. O questionário contém as informações de identificação do avaliador e os itens a serem seguidos para a avaliação da tecnologia educativa. Entregou-se também o manual impresso.

Após, houve a explicação sobre a importância da participação do profissional, quanto sua opinião, críticas e sugestões sobre a tecnologia educativa. Para Nietzsche et al. (2005), o processo de validação deve ser controlado sistematicamente. O resultado se concretiza a partir do conjunto de conhecimentos obtidos através da troca de saberes e,

o produto final tem a finalidade de provocar intervenções sobre uma situação determinada.

Para análise dos dados foi utilizado a escala de Likert, que segundo Wynd (2003) os especialistas selecionados avaliarão a relevância do conteúdo da tecnologia educativa de acordo com a escala ordinal com quatro possíveis respostas. As respostas incluem uma classificação de: 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado e 4. Totalmente adequado.

As respostas foram analisadas de acordo com a pontuação dos avaliadores. Os dados estão representados no Quadro 4.

Quadro 4 – Análise das respostas da validação por parte dos profissionais. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual.	1. Inadequado	2. Parcialmente adequado	3. Adequado	4. Totalmente adequado
1.1 São coerentes com as necessidades dos usuários			4	3
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de suporte planejamento familiar			5	2
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude			7	0
1.4 Pode circular no meio científico na área da saúde pública			2	5
1.5 Atende aos objetivos de serviços que trabalham com planejamento familiar			3	4
2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação	1. Inadequado	2. Parcialmente adequado	3. Adequado	4. Totalmente adequado
2.1 O manual está é apropriada para a orientação em planejamento familiar			4	3
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva			5	2

2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas			4	3
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto			3	4
2.5 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto			3	4
2.6 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo			4	3
2.7 Informações da capa, contracapa, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes				7
2.8 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados			6	1
2.9 As ilustrações estão expressivas e suficientes.		1	1	5
2.10 O número de páginas está adequado			6	1
3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do manual	1. Inadequado	2. Parcialmente adequado	3. Adequado	4. Totalmente adequado
3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados			3	4
3.2 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento quanto métodos contraceptivos		1	2	4
3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a preparação dos usuários em relação aos métodos contraceptivos			3	4
3.4 Está adequada para ser usada por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas				7

No item 1.3 do questionário de validação dos profissionais, os mesmos foram unânimes em responder com a pontuação 3 a pergunta “Promove mudanças de comportamento e atitude?”. Ainda sugeriram o aumento do tamanho da fonte de alguns quadros do manual. Seis profissionais responderam também com nota 3 a pergunta “O número de páginas está adequado?”. Já, no item 3.4, os 7 profissionais responderam na pontuação 4 a pergunta “Está adequado para ser usado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas?”.

Apenas um profissional validou com a pontuação 2 o item 2.9, referente a pergunta “As ilustrações estão expressivas e suficientes?”. E também com a pontuação

2 o item 3.2 “O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento quanto métodos contraceptivos?”.

Como a análise dos dados foi baseada na escala de Likert Wynd (2003), a pontuação 2 é considerada “parcialmente adequado”. Ainda de acordo com, Zamanzadeh et al. (2014) a pontuação com valores de 1 e 2 o conteúdo é considerado como “conteúdo inválido”, portanto, deve ser reformulado conforme as sugestões do avaliador e retornado para o mesmo até que receba pontuação 3 e 4 considerando abrangendo o conteúdo como “conteúdo válido”.

Contudo, as sugestões do profissional avaliador foram acatadas, sendo substituída a ilustração de número 10 e, acrescentado texto sobre as reações adversas do uso de métodos contraceptivos hormonais no manual. Após, foi enviada novamente para o profissional uma nova versão do manual junto com o questionário de validação. O profissional fez a devolutiva do manual e do questionário de validação, com nota 3 aos itens que foram modificados de acordo as suas sugestões.

Portanto, de acordo com as pontuações dos avaliadores podemos considerar a tecnologia elaborada como válida para o uso em atividades de planejamento familiar. As notas das respostas da avaliação dos profissionais se concentraram entre a pontuação 3 e 4, que classifica o material como “adequado” e “totalmente adequado” nos itens como: os objetivos - refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual. Estrutura e apresentação - Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação e relevância - que se refere à característica que avalia o grau de significação do manual.

b) validação pelo público-alvo

Para obter o alcance e fidedignidade da tecnologia educativa, optou-se por apresentar ao público-alvo, a fim de obter a sua validação. O processo de validação ocorreu individualmente. Participaram nove representantes do sexo feminino, que foram abordadas durante o atendimento na UBS e ESF. De acordo com Oliveira (2006) a utilização de um número ímpar de participantes evita empate de opiniões. Os participantes do público-alvo estão caracterizados no Quadro 5.

Quadro 5 – Representantes do público-alvo que participaram da validação. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

MULHERES ENTREVISTADAS	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	ESCOLARIZAÇÃO	N.º GESTAÇÃO	RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR?
01	43	Solteira	Manicure e pedicure	Médio completo	2	Sim, foram claras e resumidas
02	42	Viúva	Massagista	Médio completo	4	Sim, mas não foram claras
03	19	Amasiada	Do lar	Fundamental incompleto	2	Não
04	36	Amasiada	Doméstica	Fundamental incompleto	2	Não
05	26	Separada	Estudante	Superior incompleto	2	Sim, mas não contribuíram para a escolha do método
06	22	Casada	Do lar	Fundamental incompleto	3	Não
07	32	Casada	Auxiliar de limpeza	Médio completo	4	Não
08	29	Amasiada	Do lar	Primário incompleto	3	Sim, contribuíram para a escolha do método.
09	20	Solteira	Estudante	Médio incompleto	1	Sim, claras

As avaliadoras receberam as orientações e solicitação da leitura e anuência do TCLE, seguido da apresentação do manual, o seu objetivo e a importância da opinião para a melhoria do material. Após, foi solicitado para que respondessem ao questionário de validação. As respostas obtidas pelos avaliadores estão representadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise da validação por parte do público-alvo. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

ORGANIZAÇÃO	1. Sim	2. Não	3. Em parte	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
-------------	--------	--------	-------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

1.1 A capa chamou sua atenção?	9			100%	0%	0%
1.2 Mostra o assunto a que se refere?	7		2	78%	0%	22%
1.3 A sequência dos tópicos está adequada?	7	2		78%	0%	22%
1.4 O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado?	9			100%	0%	0%
2. ESTILO DA ESCRITA	1. Fácil de entender	2. Difíceis de entender	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
2.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são:	9			100%	0%	0%
	1. Claro	2. Confuso	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
2.2 O conteúdo escrito é:	9			100%	0%	0%
	1. Interessante	2. Desinteressante	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
2.3 O texto é:	9			100%	0%	0%
3. APARÊNCIA	1. Simples	2. Complicada	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
3.1 As ilustrações são:	9			100%	0%	0%
	1. Sim	2. Não	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
3.2 As ilustrações servem para complementar o texto?	9			100%	0%	0%
3.3 As páginas ou seções parecem organizadas?	9			100%	0%	0%
4. MOTIVAÇÃO	1. Sim	2. Não	3. Não sei	% de respostas positivas	% de respostas negativas	% de respostas neutras
4.1 Em sua opinião, qualquer pessoa que ler esse manual vai entender do que se trata?	9			100%	0%	0%
4.2 Você se sentiu motivado (a) a ler até o final?	9			100%	0%	0%

4.3 O manual aborda os assuntos necessários ao planejamento familiar?	9			100%	0%	0%
4.4 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento sobre métodos contraceptivos?	9			100%	0%	0%

Segundo a avaliação do público-alvo no item 1.2 que diz: “Mostra o assunto a que se refere?”, as respostas de duas dos avaliadoras foram “em parte”. No item 1.3 que referente a pergunta: “A sequência dos tópicos está adequado?”, duas dos avaliadoras responderam com a resposta “não” o que significa que para eles a sequência dos tópicos não estava adequada. No restante das respostas foram unânimes nas opções com respostas positivas como: organização; “sim”, estilo da escrita; “fáceis de entender”, “claro”, “interessante”, aparência; “simples” e “sim”, motivação; “sim”.

Salienta-se que a maioria das respostas semelhantes atingiram 100% porcentagem. Apenas nos itens 1.2 e 1.3 tiveram a porcentagem de 78%. Portanto, pode-se considerar que houve concordância no material apresentado, contudo, as sugestões foram acatadas com a intenção de melhorar o manual.

Etapa 6: Adequação da tecnologia educativa

Após passar pela validação dos profissionais e público-alvo, o manual foi readequado de acordo com as sugestões indicadas pelos avaliadores. A adequação desse tipo de material educativo visa a aproximação com o público, facilitando a comunicação entre o meio científico e a linguagem popular, visto que, há limitação no aprendizado porventura da baixa escolaridade (TELLES et al., 2014).

Adequações sugeridas pelos profissionais

Levando em consideração a importância das opiniões, críticas e sugestões dos profissionais consultados no processo de validação, foram realizadas alterações no

manual com o interesse em melhorar o material. No Quadro 7 estão representadas as adequações realizadas e que foram sugeridas pelos profissionais.

Quadro 7 – Representação dos problemas identificados e das mudanças sugeridas pelos profissionais durante a validação. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	MUDANÇAS SUGERIDAS
Apresentação: Incluir palavra no texto	Acrescentado “Ensino” ao referir sobre o programa de mestrado
Tópico 3: Falar mais sobre o Ministério Público Estadual (MPE) Aumentar tamanho da fonte	Informado o papel do MPE e acrescentado o endereço da sua localização em Dourados Realizado aumento da fonte nos quadros sinalizados
Tópico 4: Reescrever frase sobre os métodos contraceptivo Substituir palavra	“São métodos utilizados por pessoas com vida sexual ativa. Sua utilização correta permite que o casal tenha vida sexual saudável” por “São métodos, que utilizados de forma correta, permitem as pessoas uma vida sexual saudável” “casal” por “parceiro”
Tópico 5.1.1: Explicar mais sobre a variação do ciclo menstrual	Acrescentado “as que não apresentarem essa variação devem procurar um profissional de saúde para regular o ciclo menstrual com uso de medicamentos”
Tópico 5.1.1: Reescrever frase no método da tabelinha	“É importante cada mulher conhecer seu corpo com a intenção de identificar o próprio ciclo” por “É importante que cada mulher conheça seu próprio corpo. Isso pode ser realizado identificando o seu ciclo menstrual, com a ajuda de anotações realizadas em um calendário”
Tópico 6.1.1: Substituir palavra	“Sexo desprotegido” por “sexo sem preservativo”
Tópico 6.1.2: Reescrever texto sobre o método de LAM	“Esse método consiste na amamentação exclusiva, isto é, o bebê é alimentado apenas com o leite materno, não podendo ingerir água, chás, sucos e outros alimentos. A mulher deve observar se não há retorno da menstruação, que é muito importante para o planejamento familiar” por “é um método natural, onde a mulher amamenta seu bebê exclusivamente, isto é, o bebê é alimentado apenas com o leite do peito, não podendo ingerir água, chás, sucos e outros alimentos. Quando a mulher está amamentando é estimulada a liberação de hormônios que impedem a ovulação. Este efeito é suficiente para evitar a gravidez. Mas se aparecer menstruação quer dizer que já está ovulando, e um profissional de saúde deve ser procurado para orientar a escolha de outro método contraceptivo. Esse método é recomendado até os seis meses”
Tópico 6.2: Reescrever frase sobre o que são métodos contraceptivos hormonais injetáveis	São métodos contraceptivos que utilizam hormônios para evitar gravidez” por “São métodos contraceptivos que utilizam hormônios, que mudam o aspecto da parede uterina impedindo a passagem dos espermatozoides, e com isso evita uma gravidez”;
Tópico 6.2.2.1: Acrescentar palavra na frase dos cuidados com a pílula	“Evitar relações sexuais sem preservativo por 7 dias” por “tomar a pílula e evitar relações sexuais sem preservativo por 7 dias”
Tópico 6.2.4: Substituição de ilustração	“Figura de uma mão enluvada administrando medicamento

	no músculo deltoide” por “figura representando a administração de medicação no músculo glúteo”
Tópico 6.2.4: Acrescentar texto	Acrescentado o texto: “os métodos contraceptivos hormonais orais e injetáveis possuem efeitos colaterais muito variados como: queixas como náuseas, cefaleia, nervosismo, ganho de peso e sensibilidade mamaria. Muito mais raro, porém possível e perigoso, é o desenvolvimento de coágulos sanguíneos. Alguns medicamentos diminuem o efeito do anticoncepcional como: Antibióticos, anticonvulsivantes e anti-histamínicos”
Tópico 6.3.1.1: Reescrever frase dos cuidados com os preservativos masculino e feminino	“Não abrir o envelope usando os dentes e sempre tirar o ar da ponta do preservativo, pois pode furar” por “Não abrir o envelope usando os dentes, pois pode danificar o preservativo. Retirar o ar da ponta do preservativo antes de colocar no pênis”
Tópico 6.4.1: incluir palavras na frase referente a laqueadura	“Isso impede a passagem dos espermatozóides” por “isso impede a passagem dos espermatozoides em direção aos ovários”

Adequações sugeridas pelo público-alvo

Ao ser avaliada pelo público-alvo, o manual recebeu algumas sugestões que foram acatadas com o objetivo de melhorar o material produzido. Para Sales (2008), tudo que é produzido deve ter criatividade e ser amplamente associado ao papel da comunicação relevando os interesses das relações das diversidades de saberes de cada público.

Duas avaliadoras do público-alvo apontaram o tamanho da letra editada no manual no item 6.2.2.1. Foi sugerido aumentar o tamanho da fonte ou trocar a cor de fundo e com isso evidenciar melhor o texto.

Uma avaliadora sugeriu acrescentar no item 6.2.3 mais informações sobre o método contraceptivo de emergência, pois ficaria mais explicativa e poderia ser usada com suas filhas adolescentes, pois tem o hábito de utilizar com frequência esse tipo de método. Neste contexto, Fonseca et al., (2011) apontam que referente ao processo educativo utilizando tecnologia educativa, a transformação do indivíduo deve estar somada ao contexto social e educacional da população.

Portanto, Nietche et al. (2012, p. 185), mencionam que:

A tecnologia, assim, permite uma reestruturação na vida dos sujeitos, mas não implica, necessariamente, numa mudança da consciência, se não houver

outros elementos da história incluídos, ou seja, os aspectos filosóficos, estéticos, sociais, morais ou espirituais.

Em relação ao conteúdo do manual, três avaliadoras disseram sentir-se pouco motivadas em terminar de ler o material devido à quantidade de páginas. Nas páginas iniciais a leitura seguiu interessante, porém, ao chegar aos últimos itens foi ficando cansativa. Apesar disso, avaliaram o manual como importante por conter informações que nunca receberam anteriormente.

Os restantes das avaliadoras foram positivas em relação o manual e afirmaram que seu conteúdo transmite informações diferenciadas sobre o planejamento familiar. Solicitaram um exemplar do manual para levar e apresentar aos seus familiares.

O processo de validação por parte do público-alvo foi considerado pouco construtivo para o melhoramento do manual, visto que, parte das participantes demonstraram pouco interesse e motivação em relação o manual.

Concordamos com Fonseca et al. (2011) de que a produção de tecnologia educativa deve ser cuidadosa com a didática utilizada, no sentido de alcançar o público desejado. Para tanto, é importante usar linguagem coloquial e clara, adequada as características da clientela. Pois, ficou evidenciado que quanto menos anos de estudo, menor é o interesse desse público sobre as questões de aprendizagem e adquirir novos conhecimentos. Outro ponto evidenciado é que esse público tem receio em expor sua opinião crítica. Por outro lado, as participantes do público-alvo com nível de escolarização um pouco maior, demonstraram mais conhecimento e interesse sobre o assunto que compõe o manual.

Contudo, podemos compreender tal fato como

A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* (ou de gostos) produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente e, pela intermediação desses *habitus* e de suas capacidades geradoras, um conjunto sistemático de bens e de propriedades, vinculadas entre si por uma afinidade de estilo (AGUIRRE et al., 2006, p. 4-5).

A pergunta “De um modo geral, o que você achou do manual? ”, foi dividida em três categorias e foi analisada com o auxílio de Bardin (2000), e teve o interesse de

enriquecer a validação realizada pelo público-alvo. As categorias e respostas estão representadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Representação das categorias analisadas baseadas nas respostas do público-alvo. Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde/Mestrado/UEMS, 2017.

CATEGORIAS	RESPOSTAS
Importante	Eu achei importante, ainda não tinha visto material desse tipo (Público-alvo 2) Importante, traz informação sobre o planejamento familiar (Público-alvo 8)
Explicativa	Foi explicativa, pois agora que consegui compreender como funciona a tabelinha (Público-alvo 3) Vai servir de explicação para minhas filhas (Público-alvo 6)
Muito bom	Eu achei muito bom! (Público-alvo 1) Eu achei bom! (Público-alvo 4) Muito bom! (Público-alvo 5) Muito bom! (Público-alvo 7) Muito bom! (Público-alvo 9)

Em relação as categorias, dois avaliadores do público-alvo avaliaram o manual como “Importante”, duas avaliaram como “Explicativa” e cinco avaliaram como “Muito bom”. Considerando esta avaliação por parte do público-alvo positiva através do levantamento das categorias, é possível reconhecer a importância desse manual no atendimento em planejamento familiar.

Fase 3: Disponibilização da tecnologia educativa

A construção dessa tecnologia educativa visa o seu uso como um instrumento facilitador na transmissão de conhecimento entre profissionais de saúde e usuários. Pretende-se posteriormente a essa pesquisa buscar subsídios junto a órgãos públicos, para reprodução em grande escala e, realizar uma divulgação entre os profissionais de saúde para utilizar esse material em suas práticas educativas em saúde.

Etapa 7: Encaminhamento à gráfica para impressão

Ao final, após a construção e validação do manual, o mesmo foi encaminhado a gráfica para impressão. Nessa etapa, foram impressas apenas dez unidades para serem distribuídas para banca examinadora como produto final do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Pretende-se dar continuidade na pesquisa e buscar apoio financeiro junto a Secretaria Municipal de Saúde ou outro órgão de fomento para a impressão do manual em quantidade maior e, com isso distribuir em UBS e ESF do município.

Espera-se que com esse estudo, difundir o conhecimento sobre o planejamento familiar para as mulheres e seus parceiros e, que a tecnologia educativa seja utilizada pelos profissionais atuantes em ESF desse município, para prosseguir o acompanhamento e as atividades de educação em saúde das usuárias em planejamento familiar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa tecnologia educativa, denominada como o manual, foi um desafio. A princípio não era possível visualizar qual seria o público que poderia atingir. A dúvida permeava entre ser direcionada aos profissionais de saúde ou para a população. Após as entrevistas com as mulheres construiu-se o manual, e na sequência com a sua validação com os profissionais e público-alvo, com isso, foi possível definir o direcionamento do manual.

Na validação pelo o público-alvo percebeu-se que as mulheres abordadas para a validação não apresentaram interesse e motivação ao ler o manual, esse fato foi uma limitação na pesquisa, pois não se imaginava que haveria tanta dificuldade com a população no sentido da educação em saúde. Baseado nisso, o manual foi finalizado no sentido de ser utilizado por profissionais de saúde para subsidiar conhecimento para os para a população.

Ao longo da pesquisa com o desenvolvimento das três fases e sete etapas, a percepção sobre a utilização do manual foi ficando mais refinada. Somente na fase da validação ficou clara a necessidade da utilização dessa tecnologia educativa pelos profissionais de saúde, podendo ser um instrumento facilitador na comunicação e em ações e orientação para a população.

Considerando que, manual podem facilitar, unificar e promover uma rotina para a equipe multidisciplinar nas práticas educativas em saúde e, esta ora apresentada, poderá ser um novo material para ser trabalhado na atenção ao planejamento familiar

Dessa forma, os profissionais poderão desenvolver as ações da Política Nacional de Planejamento Familiar, criada em 2007, com o interesse de ampliar o acesso aos métodos contraceptivos na rede pública, assim como, facilitar as ações educativas em relação ao uso desses métodos para a população.

A construção desse manual iniciou-se a partir das entrevistas realizadas com as mulheres atendidas em duas ESF localizadas na periferia do município. Com isso foi possível avaliar o conhecimento das mesmas e, concluiu-se que o esse público tem o pouco conhecimento sobre o planejamento familiar. Este fato ficou salientado quando se perguntou: “Para você o que é o planejamento familiar?”. A grande maioria não soube responder, outras compreenderam com outro significado.

Dentre as mulheres entrevistadas, poucas tinham conhecimento sobre o planejamento familiar, que pode estar relacionado ao fato de já terem realizado a cirurgia de laqueadura, em que para a realização deste procedimento é obrigatório passar pelo aconselhamento com profissionais de saúde que atuam na Clínica da Mulher.

Além do pouco conhecimento pelas mulheres sobre essa temática, os resultados denotaram um envolvimento incipiente dos profissionais de saúde com atividades relacionadas ao planejamento familiar. Quando estas ocorrem são realizadas de maneira pontual e mecanizada, o que não promove a apropriação do conhecimento e emponderamento do outro. Fato que é importante quando se precisa criar novos *habitus*, na saúde reprodutiva, pois foi percebido que os costumes dessa população acontecem por *habitus* passado de gerações, havendo a necessidade de melhorar alguns comportamentos com a inculcação de novas maneiras de agir e conseqüente facilitar a integração do conhecimento sobre planejamento familiar.

Já na fase da validação da tecnologia educativa, iniciada pelos os profissionais de saúde, foi bastante satisfatória e trouxe contribuições construtivas para o enriquecimento e finalização da proposta. Destaca-se mais especificamente a opinião de dois profissionais com formação na psicologia e farmácia.

O fato de alguns profissionais terem contribuído mais que outros nas sugestões e críticas para a tecnologia educativa, pode estar relacionado ao envolvimento desses profissionais no meio acadêmico, o que facilita o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo, visto que esses profissionais estão em constante processo de construção de conhecimento.

Na fase da validação da tecnologia educativa com o público-alvo, foi possível perceber que, este público não teve interesse em ler o material. Desta forma, concordaram com a maioria das afirmações no instrumento de avaliação e, com isso, suas contribuições não agregaram muito valor para o manual. Pareceu que, a leitura foi realizada por obrigação, pois haviam dado o aceite em participar da pesquisa, evidenciando que o conteúdo do manual não causou impacto nesse público, talvez pela falta de interesse em obter novas informações.

Já o público que apresentava uma escolarização maior, manifestaram interesse e curiosidade durante a leitura da tecnologia educativa, realizaram críticas e sugestões construtivas para o melhoramento da mesma.

Contudo, torna-se necessário que a linguagem do manual alcance o público-alvo na sua simplicidade de conhecimento, com o interesse de não modificar seus *habitus*, e sim (re) molda-los com a incorporação de novos conhecimentos que podem ser transmitidos pela tecnologia educativa.

Ao final dessa pesquisa foi possível também perceber que as ações dos profissionais de saúde em relação ao planejamento familiar são de pouco impacto sobre a população, não sendo suficientes para causar mudanças eficazes nos *habitus* instaurados.

Com o estudo, denota-se a necessidade da incorporação de uma rotina no atendimento ao planejamento familiar na atenção básica. Para estas atividades, este manual poderá ser um instrumento facilitador e mediador para auxiliar a comunicação entre o profissional e a população no processo educativo.

Esse tipo de material impresso, já tem sido utilizado por profissionais de saúde, em muitos locais, na educação em saúde. Portanto, esse tipo de material é um reforço de orientações verbais, que pode ter um resultado positivo respondendo perguntas futuras, quando o indivíduo não estiver interagindo com o profissional de saúde.

Portanto, há a necessidade um contexto mais amplo de educação em saúde, em que possa haver empenho por parte dos que estão diretamente ligados à assistência. Estes profissionais tem um importante papel de educador junto à população, e o processo educativo poderá subsidiar o desenvolvimento de novos *habitus* ou remodelar os existentes, tornando-os capazes de modificar a sua realidade.

O manual se apresenta como um novo material com o interesse de motivar os profissionais e conseqüentemente os usuários, nas orientações e informações sobre o planejamento familiar e métodos contraceptivos. Contudo, já estão sendo desenvolvidos esforços para a disponibilização do manual impresso em maior quantidade, para ser distribuídos para as instituições públicas de saúde.

A tecnologia educativa não foi implementada, porém, pretende-se futuramente com novos trabalhos a sua utilização em ensaios, para viabilizar o seu real potencial efetivo na prática do planejamento familiar.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. de O.; KERBER, N. P. da C.; COSTA, C. F. S. da. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 46, n.6, p.1327-1333, mai. 2012.

ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D. S.; CARVALHO, L. V.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**. v. 15, n. 1, p. 158-165, jan/fev. 2014.

AGUIAR, V. R. L.; MEDEIROS, C. M. Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo foco nas licenciaturas. In: IX CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- EDUCERE III ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 10: Curitiba, **Políticas Públicas e Gestão da Educação**, Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3041_1475.pdf>. Acesso em: 24 junho 2015.

AGUIRRE, M. A. C.; FREIRE, F. H. M. de A.; MONTENEGRO, A. A. de F.; MORAES, L. L. de. **Análises do uso de métodos anticoncepcionais para quatro estados selecionados do Nordeste**: Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Bahia, 2006. Disponível em:<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_789.pdf>. Acesso em: 21 janeiro 2016.

ANDRADE, É. da C.; SILVA, L. R. da. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Rev. Eletr. Enf.** Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.85-93, mar. 2009. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a11.pdf>. Acesso em: 10 fevereiro. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR6029**: informação e documentação - livros e folhetos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

ASSUNÇÃO, A. P. F. de.; BARBOSA, C. R.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P.; TAVARES, I. C.; SABÓIA, V. M. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6329-6335, nov. 2013. Disponível em:<<file:///C:/Users/Ana%20Paula/Downloads/4185-49152-1-PB.pdf>>. Acesso em: 21 junho 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

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

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – v. 1, n. 1. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 21 junho 2016.

_____, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ist>. Acesso em: 21 junho 2016.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Tradução de Sergio Miceli, Silvia de Almeida Prado, Sonia Miceli e Wilson Campos Vieira. 3. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Esboço da teoria da prática**. In: ORTIZ, Renato (Org.). Pierre Bourdieu/ Sociologia. 2. ed. São Paulo: Ática, 1994, p.46-81. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo Científico** / Pierre Bourdieu; texto revisto pelo autor colaborador de Patrick Champagne e Etienne Landais; tradução Denice Barbara Catani. 1. Ed. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

_____. **Razões práticas: Sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2008.

_____. **Sociologia** (organizado por Renato Ortiz). São Paulo: Ática, 1983.

BRANDT, J. Violência simbólica: uma reflexão acerca do habitus docente. Trabalho de conclusão apresentado à banca avaliadora do curso de Pedagogia da UNIVATES, como requisito obrigatório para obtenção do título de Licenciatura em Pedagogia. Lajeado, junho de 2014

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D. da; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p.1101-1109, mai. 2006.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O Planejamento Familiar no Brasil Contexto das Públicas de Saúde: Determinantes Históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.1, p. 26-36, mar. 2000.

DAMASCENO, A. K. de C.; CORDEIRO, M. L.; FREITAS, L. V.; OLIVEIRA, A. S. de; MOURA, E. R. F. **Planejamento familiar na Estratégia Saúde da Família em Fortaleza: Avaliação da consulta de enfermagem**. In: VI CONGRESSO

BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 5.; Teresina, Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido 24 à 26 de junho de 2009. Teresina: 2009. Disponível em: <<http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Maria%20de%20Lurdes%20Garcia%20Andrade/Planejamento%20Familiar%20Na%20Estrat%20C3%A9gia%20Sa%20C3%BAde%20Da%20Fam%20C3%ADlia%20Em%20Fortaleza%20Avalia%20C3%A7%20C3%A3o%20de%20consulta%20de%20enferm.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.

DOURADOS. Disponível em: <<http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/em-dourados-todo-o-dia-e-dia-da-mulher/>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latinoam, Enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 754-757, set/out. 2005.

FERREIRA, J. C. D. L. **Planejamento familiar na unidade básica de saúde de Quemadas, Horizonte (CE)**: Proposta de uma nova estratégia de atendimento em anticoncepção. 2009. 25f. Projeto de intervenção submetido à Escola de Saúde Pública do Ceará, como parte dos requisitos para a conclusão (Curso de Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família). Escola de Saúde Pública do Ceara, Fortaleza, 2009.

FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; DE MELLO, D. F.; SILVA, M. A. I.; DE LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p.190-196, jan./mar. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

GONÇALES, M. B; BARBIERI, M.; GABRIELLONI, M. C. Teste de Papanicolau: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 05, n. 20, p. 39-44, nov/mar. 2008.

HALL, K. S.; MOREAU, C.; TRUSSELL, J. Continuing social disparities despite upward trends in sexual and reproductive health service use among young women in the United States. **Contraception**, United States, v.86, n. 6, p. 681–686, December 2012.

HEILBORN, M.L.; PORTELLA, P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da SILVA. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 2, p.269-278, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=500400&idtema=90&search=mato-grosso-do-sul|gloria-de-dourados|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->>. Acesso em: 20 maio. 2015.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr/jun. 2014.

LEMOS, I. C. S.; MIRANDA, M. L.; MATIAS, L. V. R.; LÉDIO, M. F.; ALVES, A. C. P.; MARQUES, S. F. Tecnologia educativa para trabalhar a sexualidade de adolescentes no contexto escolar. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 110-118, jul/ago/set. 2015.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais- uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Rev. Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.p.21-22.

MISSIO, L. **O curso de enfermagem da UEMS: um estudo da primeira turma de egressos- 1998**. Dourados, MS, 2014. Disponível em: <http://www.uems.br/site/editora/arquivos/35_2015-04-16_13-31-28.pdf>. Acesso em: 20 setembro. 2014.

MOHAMMED, A.; WOLDEYOHANNIS, D.; FELEKE, A.; MEGABIAW, B. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. **Reproductive Health**, Ethiopia, p. 1-7, fev. 2014.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. da; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 961-970, abr, 2007.

NEGRÃO, T. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, out. 2012.

NIETSCHÉ, E. A.; LIMA, M. G. R. de; RODRIGUES, M. da G. S.; TEIXEIRA, J. A.; OLIVEIRA, B. N. B. de; MOTTA, C. A.; GRIBLER, C. S.; GRIBLER, V. M.; LUCAS, D. D. I. FARIAS, M. K. F. de. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan/abr. 2012.

NIETSCHÉ, E. A.; BACKES, M. S.; COLOMÉ, C. L.; CERATTI, R. do N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, mai/jun. 2005.

NICOLAU, A. I. O.; MORAES, M. L. C. de.; LIMA, D. J. M.; AQUINO, P. de S.; PINHEIRO, A. K. B. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n.1, p. 55-61, mar. 2011.

NUNES, W. de B.; ANDRADE, L. D. F. de.; TRIGUEIRO, J. V. S.; SANTOS, N. C. C. B. Investigações das ações de enfermagem no planejamento familiar em cidades do curimataú paraibano. **Rev. Ciênc. Saúde** Nova Esperança, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 31-45, Jun. 2013.

OLIVEIRA, M. S. de. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa**.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, jan/mar. 2008.

OSIS, M. J. D.; CARVALHO, L. E. C. de; CECATTI, J. G.; BENTO, S. F.; PÁDUA, K. S. de. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 625-634, mar. 2009.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; CRESPO, E. R.; ESPEJO, X.; PÁDUA, K. S. de. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1586-1594, nov/dez. 2004.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. da.; MIRANZI, M. A. S. Intenção de uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p 150-157, jan/mar. 2011.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p.08, nov/dez 2010.

PIZZANIL, L.; SILVA, R. C.; BELLO, S. F.; HAYASHI, M. C. P. I. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012.

POLIT, D.F.; BECK C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/inform-se-sobre-como-funcionam-oito-metodos-anticoncepcionais>>. Acesso em: 05 abril 2016.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 05 junho 2015.

RAMOS, R. de C. de S. S.; SALVI, R. F. Análise de conteúdo e análise do discurso em educação em periódicos qualis A1 e A2. **IV Seminário internacional de pesquisa em educação matemática**, Brasília – DF, out. 2009. Disponível em: <

<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/ifhiecem/arquivos/9GT94689598053.pdf>>. Acesso em: 26 dezembro. 2015.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan/fev. 2012.

SALES, A. A criatividade, comunicação e produção do saber. **Sociologias**, v. 10, n.19, p.22-39, jan./jun. 2008.

SILVA, S. R. M. R., SPESSOTO, M.M.R.L., NASCIMENTO, M.M. **Planejamento familiar: os desafios à prática assistencial**. In: 5º ENEPEX UEMS. Disponível em: <<http://periodicos.uems.br/novo/index.php/enic/article/viewFile/4629/2133>>. Acesso em: 05 junho 2015.

SOARES, C.; VARELA, V. D. J.; **Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado**. 2007. Relatório da Prática Assistencial referente ao Trabalho de Conclusão de Curso elaborado para a Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª unidade curricular do Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>>. Acesso em: 20 setembro. 2014.

TELLES, L. M. R.; OLIVEIRA, A. S. de; CAMPOS, F. C.; LIMA, T. M.; COSTA, C. C. da; GOMES, L. F. de S.; ORIÁ, M. O. B; DAMACENO, A. K. de C. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, p. 48, n. 6, p. 977-984, set. 2014.

VASCONCELOS, M. D. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. **Educação e sociedade**, Campinas, v. 23, n. 78, p. 77-87, abr. 2002.

VILLELA, W. V.; ARÍLHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida - Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. 1ed. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 2003. cap. 03, p.125.

ZAMANZADEH, V.; RASSOULI, M.; ABBASZADEH, ABBAS.; MAJD, H. A.; NIKANFAR, A. R.; GHAHRAMANIAN, A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. **Nurs Pract Today**, Tabriz, v.1, n. 3, p. 163-171, nov/jul.2014.

WACQUANT, L. J. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, p. 95-110, nov. 2002.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, Upper Arlington, v. 25, N. 5, p. 508-518, Aug. 2003.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Tecnologia educativa para o planejamento familiar**, desenvolvida por **Ana Paula de Lima**, discente do (Mestrado Profissional Ensino em Saúde) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), sob orientação da Professora Dra. **Lourdes Missio**. O estudo tem por objetivo identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar e com base nos resultados, construir e validar uma tecnologia educativa direcionado as mesmas.

Será utilizado como critérios de inclusão, mulheres acima de 18 anos de idade, alfabetizadas e aceitar participar da pesquisa, e critérios de exclusão mulheres com idade menor de 18 anos, mulheres indígenas e aquelas que não são analfabetas.

Sua participação é muito importante e será através de uma entrevista com o interesse de levantar o seu conhecimento em relação ao planejamento familiar. A entrevista será gravada com sua autorização e após os dados serão analisados individualmente. O tempo da entrevista é de aproximadamente 20 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os benefícios incluem colaborar com o desenvolvimento de uma tecnologia educativa para o planejamento familiar, com isso ocorrer a maior difusão a respeito desse assunto, incentivando a promoção do desenvolvimento de ações de emponderamento para toda a população sobre todos os tipos de métodos contraceptivos e controle da natalidade livre escolhido pelo casal. Já os riscos podem incluir algum constrangimento em expor sua opinião sobre o tema ou sentirem receio em participar da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em eventos científicos, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma a Conep tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

A senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço abaixo:

Rua Projetada III, 625, Vila Toscana, Dourados- MS.

Tel.: (67) 9147. 3187

E-mail: anapauladelimaand@gmail.com

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Observação: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ tendo em vista os itens acima apresentados, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Dourados, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B
ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO (MULHERES)

Data: ____ / ____ / ____

Nº do instrumento: _____

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Profissão _____

Escolarização _____

Nº de gestações: _____ Nº de partos: _____ Nº de abortos: _____

- 1- Para você o que é planejamento familiar?
- 2- O que você conhece sobre o planejamento familiar?
- 3- Você já recebeu orientações sobre o planejamento familiar?
- 4- Onde e qual o profissional de saúde que passou as orientações?
- 5- Qual método contraceptivo e há quanto tempo você o utiliza?
- 6- Como você teve conhecimento sobre esse método?
- 7- Por que você escolheu esse método?
- 8- Quais outros métodos contraceptivos que você conhece?
- 9- Para a escolha desse método contraceptivo que você utiliza, teve a participação do seu parceiro, de que forma?

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Tecnologia educativa para o planejamento familiar**, desenvolvida por **Ana Paula de Lima**, discente do (Mestrado Profissional Ensino em Saúde) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), sob orientação da Professora Dra. **Lourdes Missio**. Com o objetivo central de identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar e com base nos resultados, construir e validar uma tecnologia educativa direcionado as mesmas.

Será utilizado como critérios de inclusão, profissionais que desenvolvem atividade em planejamento familiar ou na saúde da mulher.

Sua participação é muito importante para a validação da tecnologia educativa. Será apresentado um questionário que contém as informações de identificação do avaliador e os itens a serem seguidos para avaliação da tecnologia educativa. Os profissionais selecionados avaliarão a relevância do conteúdo da tecnologia educativa de acordo com a escala ordinal com quatro possíveis respostas. As respostas incluem uma classificação de: 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado; 4. Totalmente adequado. O tempo para responder o instrumento é de aproximadamente 20 minutos. As respostas serão analisadas de acordo com a pontuação dos avaliadores, de 1 e 2 são considerados “Conteúdo inválido”, enquanto que as avaliações de 3 e 4 são considerados “conteúdo válido”. As respostas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os benefícios incluem colaborar com o desenvolvimento de uma tecnologia educativa para o planejamento familiar, com isso ocorrer a maior difusão a respeito desse assunto, incentivando a promoção do desenvolvimento de ações de emponderamento para toda a população sobre todos os tipos de métodos contraceptivos e controle da natalidade livre escolhido pelo casal. Já os riscos podem incluir algum constrangimento em expor sua opinião sobre o tema ou sentirem receio em participar da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em eventos científicos, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma a Conep tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

O senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço abaixo:

Rua Projetada III, 625, Vila Toscana, Dourados- MS.

Tel.: (67) 9147. 3187

E-mail: anapauladelimaand@gmail.com

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Observação: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ tendo em vista os itens acima apresentados, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Dourados, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (PROFISSIONAIS)

Data: ____ / ____ / ____ Nº _____

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do Avaliador: _____

Profissão: _____ Tempo de Formação: _____

Área de trabalho: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Área: _____

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Por gentileza, leia minuciosamente da tecnologia educativa. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Valoração:

1- Inadequado 2- Parcialmente adequado 3- Adequado 4- Totalmente adequado

Para as opções 1 e 2, por gentileza, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após o item.

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do manual.

1.1 São coerentes com as necessidades dos usuários.	1	2	3	4
1.2 São coerentes do ponto de vista do processo de suporte planejamento familiar.	1	2	3	4
1.3 Promove mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
1.4 Pode circular no meio científico na área da saúde pública.	1	2	3	4
1.5 Atende aos objetivos de serviços que trabalham com planejamento familiar.	1	2	3	4

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O manual educativa está é apropriado para a orientação em planejamento familiar.	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4 O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4
2.5 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4

2.6 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4
2.7 Informações da capa, contracapa, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.8 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.9 As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4
2.10 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do manual.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento quanto métodos contraceptivos.	1	2	3	4
3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a preparação dos usuários em relação aos métodos contraceptivos.	1	2	3	4
3.4 Está adequado para ser usado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas.	1	2	3	4

Para comentários gerais e sugestões, utilizar linhas abaixo.

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PUBLICO-ALVO)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Tecnologia educativa para o planejamento familiar**, desenvolvida por **Ana Paula de Lima**, discente do (Mestrado Profissional Ensino em Saúde) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), sob orientação da Professora Dra. **Lourdes Missio**. Com o objetivo central de identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar e com base nos resultados, construir e validar uma tecnologia educativa direcionado as mesmas.

Será utilizado como critérios de inclusão, mulheres acima de 18 anos de idade, alfabetizadas e aceitar participar da pesquisa, e critérios de exclusão mulheres com idade menor de 18 anos, mulheres indígenas e aquelas que não são analfabetas.

Sua participação é muito importante para a validação da tecnologia educativa, e ocorrerá individualmente, e você será convidada durante seu atendimento na ESF. Após receber as orientações será apresentado a tecnologia educativa, seu objetivo e a importância da sua opinião para a melhoria do material. Após será solicitado que você responda o questionário sem a interferência da pesquisadora. O questionário contém a identificação do público alvo e, por segundo segue os itens que avaliam a tecnologia educativa. O tempo para responder o instrumento é de aproximadamente 20 minutos. As respostas com semelhança de 75% positivas, serão consideradas, por outro lado, a resposta com nível de concordância menor que 75% será realizado alteração. As respostas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os benefícios incluem colaborar com o desenvolvimento de uma tecnologia educativa para o planejamento familiar, com isso ocorrer a maior difusão a respeito desse assunto, incentivando a promoção do desenvolvimento de ações de emponderamento para toda a população sobre todos os tipos de métodos contraceptivos e controle da natalidade livre escolhido pelo casal. Já os riscos podem incluir algum constrangimento em expor sua opinião sobre o tema ou sentirem receio em participar da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em eventos científicos, artigos científicos e na dissertação.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e

dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma a Conep tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

O senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço abaixo:

Rua Projetada III, 625, Vila Toscana, Dourados- MS.

Tel.: (67) 9147. 3187

E-mail: anapauladelimaand@gmail.com

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel.: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Observação: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ tendo em vista os itens acima apresentados, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Dourados, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE F
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (PÚBLICO-ALVO)

Data: ____ / ____ / ____ Nº _____

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Profissão _____

Escolarização _____

Nº de gestações: _____ Nº de partos: _____ Nº de abortos: _____

Já recebeu orientações sobre planejamento familiar? () Sim () Não

Se sim, as orientações foram claras e contribuíram para a melhor escolha do método contraceptivo?

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a tecnologia educativa. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em uma das alternativas que estão na frente de cada afirmação.

Se você marcar a opção 2, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após o item.

Observação. Não existem respostas corretas ou errada. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. ORGANIZAÇÃO

1.1 A capa chamou sua atenção?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.2 Mostra o assunto a que se refere?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.3 A sequência dos tópicos está adequada?	1.Sim	2. Não	3.Em parte
1.4 O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado?	1.Sim	2. Não	3.Em parte

2. ESTILO DA ESCRITA

2.1 Quanto ao entendimento das frases, elas são:	1.Fáceis de entender	2. Difíceis de entender	3.Não sei
2.2 O conteúdo escrito é:	1.Claro	2.Confuso	3.Não sei
2.3 O texto é:	1.Interessante	2.Desinteressante	3.Não sei

3. APARÊNCIA

3.1 As ilustrações são:	1.Simples	2.Complicadas	3.Não sei
3.2 As ilustrações servem para complementar o texto?	1. Sim	2. Não	3.Não sei

3.3 As páginas ou seções parecem organizadas?	1. Sim	2. Não	3. Não sei
---	--------	--------	------------

4. MOTIVAÇÃO

4.1 em sua opinião, qualquer pessoa que ler esse manual vai entender do que se trata?	1. Sim	2. Não	3. Não sei
4.2 você se sentiu motivado (a) a ler até o final?	1. Sim	2. Não	3. Não sei
4.3 O manual aborda os assuntos necessários ao planejamento familiar?	1. Sim	2. Não	3. Não sei
4.4 O manual propõe ao aprendiz adquirir conhecimento sobre métodos contraceptivos?	1. Sim	2. Não	3. Não sei

5. Quais sugestões você faria para melhorar esse manual?

6. De um modo geral, o que você achou esse manual?

APÊNDICE G



ANA PAULA DE LIMA
LOURDES MISSIO

O que é planejamento familiar?



Dourados/MS
2016

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UEMS

L696q Lima, Ana Paula de
O que é o planejamento familiar? / Ana Paula de Lima.
Dourados, MS: UEMS, 2016.
12f.
Tecnologia educativa (Mestrado Profissional) – Ensino em
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2016.
Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Missio.

1. Educação em saúde 2. Saúde da mulher 3. Métodos
contraceptivos I. Título

CDD 23.ed. - 613.94

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	06
2 O QUE É O PLANEJAMENTO FAMILIAR?.....	07
3 QUAL PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE REALIZAR ORIENTAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR?.....	07
4 O QUE É MÉTODO CONTRACEPTIVO?.....	08
5 COMO FAZER PARA COMEÇAR A USAR ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?.....	08
5.1 Para ajudar na escolha do método você precisa saber.....	09
5.1.1 O que é ciclo menstrual?.....	09
5.1.2 O que é período fértil?.....	09
5.1.3 O que é ovulação?.....	09
5.1.4 Como saber o dia da ovulação e o período fértil?.....	09
6 TIPOS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	10
6.1 Métodos contraceptivos comportamentais.....	10
6.1.1 O que é Tabela?.....	10
6.1.2 O que é método da amamentação (LAM)?.....	10
6.1.3 O que é muco cervical?.....	11
6.1.4 O que é coito interrompido?.....	11
6.2 Métodos contraceptivos hormonais orais.....	12
6.2.1 O que são pílulas?.....	12
6.2.2 O que são minipílulas?.....	12
6.2.2.1 Cuidados com a pílula e a minipílula.....	12
6.2.3 O que é contraceptivo de emergência?.....	13
6.2.4 O que são contraceptivos hormonais injetáveis mensais e trimestrais?.....	13
6.3 Métodos contraceptivos de barreira.....	14
6.3.1 O que é preservativo?.....	14
6.3.1.1 Cuidados com os preservativos masculino e feminino.....	14
6.3.2 O que é diafragma?.....	15
6.3.3 O que é espermicida?.....	15
6.3.4 O que é dispositivo intrauterino (DIU)?.....	16
6.4 Métodos contraceptivos definitivos.....	16
6.4.1 O que é laqueadura?.....	16
6.4.2 O que é vasectomia?.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

6

APRESENTAÇÃO

Essa tecnologia educativa apresentada em forma de cartilha, é resultado de uma pesquisa intitulada Tecnologia educativa para o Planejamento Familiar, que faz parte do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde (PPGES) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Durante o estudo foi avaliado o conhecimento sobre o Planejamento Familiar de mulheres atendidas em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Dourados MS, sobre o planejamento familiar. O Planejamento Familiar é uma política do Ministério da Saúde e uma das ações dessa política, é a orientação e distribuição de métodos contraceptivos.

Esta cartilha é destinada aos profissionais de saúde, com o interesse de ser um instrumento facilitador nas orientações sobre o Planejamento Familiar. Nela abordamos os métodos contraceptivos que são disponibilizados em Unidades Básicas de Saúde.

A cartilha foi construída e organizada em forma de perguntas e respostas, visando uma maior proximidade de comunicação com as mulheres e seus parceiros. Espera-se que este material possa ajudar nas dúvidas referentes ao Planejamento Familiar, ampliando o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e, com isso, auxiliar na escolha do melhor método.

7

2 O QUE É O PLANEJAMENTO FAMILIAR?

É uma política do Ministério da Saúde, na qual os profissionais de saúde devem realizar orientações, oferta e distribuição de métodos contraceptivos. Essas orientações se tratam do ensinamento da maneira correta da mulher e de seu parceiro usarem algum método contraceptivo, com o interesse de planejar quando querem ter filhos, quantos filhos desejam ou como forma de evitar uma gravidez.



Figura 1 - Fonte: <http://leivooi.onlinebooks.com/por-que-os-homens-fazem-sexo-e-as-mulheres-fazem-amor/>. (Imagem copiada e modificada pelo autor).

3 QUAL PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE REALIZAR ORIENTAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR?

As orientações podem ser realizadas por todos os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica de saúde do seu bairro. É seu direito receber orientações, caso isso não aconteça, procure o Ministério Público Estadual do seu município, ele é responsável, perante o Poder Judiciário, pela defesa da ordem jurídica e dos interesses da sociedade. Em Dourados fica localizado na Rua João Corrêa Neto, 400, Jardim Londrina.

8

4 O QUE É MÉTODO CONTRACEPTIVO?

São métodos, que utilizados de forma correta, permitem as pessoas uma vida sexual saudável, auxiliando no planejamento do número de filhos ou para evitar uma gravidez não planejada e ainda, alguns previnem contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

A mulher e seu parceiro podem escolher um ou mais dos métodos contraceptivos. Dentre eles destacamos: tabelinha, método da amamentação, muco cervical, coito interrompido, pílula, minipílula, contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), injetáveis hormonais mensais e trimestrais, preservativo masculino e feminino, diafragma, espermicida, Dispositivo Intrauterino (DIU), e os únicos que previnem contra ISTs é o preservativo masculino e feminino.



Figura 2 - <http://saude.uem.br/articulo/qual-sao-os-metodos-contraceptivos-16483.html>

5 COMO FAZER PARA COMEÇAR A USAR ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?



Figura 3 - Fonte: <http://doutoridireito.com.br/secretarias/saude/comunicacao-da-populacao/>

A mulher ou seu parceiro podem procurar um profissional de saúde de sua preferência no posto de saúde do seu bairro, e com isso receber orientações e tirar suas dúvidas sobre o uso correto de todos os tipos de métodos contraceptivos. Após as orientações terão livre escolha para decidir o melhor método contraceptivo para ser utilizado.

Planejamento Familiar = planejar a chegada de filhos

Planejar a chegada de filhos = usar algum método contraceptivo

5.1 Conhecer seu próprio corpo pode ajudar na utilização de alguns dos métodos contraceptivos. Para ajudar na escolha do método você precisa saber:

5.1.1 O que é ciclo menstrual?

Ciclo menstrual é o tempo contado do primeiro dia do início da menstruação até o início do primeiro dia da próxima menstruação. Para algumas mulheres esse tempo varia entre 21 a 35 dias, as que não apresentarem essa variação devem procurar um profissional de saúde para regular o ciclo menstrual com uso de medicamentos.

5.1.2 O que é período fértil?

O período fértil é o espaço de tempo em que a mulher tem maiores chances de engravidar. Devido a liberação de hormônios há um aumento do desejo sexual, e pode também aparecer um muco na calcinha com aspecto de clara de ovo, sinalizando que aconteceu a ovulação.

5.1.3 O que é ovulação?

A ovulação ocorre quando o ovário expulsa um óvulo maduro, que vai em direção ao útero. O óvulo é a célula reprodutiva feminina, já o espermatozoide é a célula reprodutiva masculina. Na junção do óvulo com espermatozoide pode ocorrer uma possível gravidez.

5.1.4 Como saber o dia da ovulação e o período fértil?

O período fértil é o momento com maiores possibilidades da mulher engravidar. É a fase do mês em que a mulher está ovulando e dura aproximadamente 6 dias. Para saber o dia da ovulação em um ciclo de 28 dias, conta-se 14 dias antes do primeiro dia da menstruação. É importante que cada mulher conheça seu corpo próprio corpo. Isso pode ser realizado identificando o seu ciclo menstrual, com a ajuda de anotações realizadas em um calendário.

6 TIPOS DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Os métodos contraceptivos são divididos em: comportamentais, hormonais, barreira e definitivos.

6.1 Métodos contraceptivos comportamentais

A mulher deve observar as modificações que ocorrem durante seu ciclo menstrual, com o objetivo de detectar o período fértil e o dia da ovulação. Para o bom funcionamento desse método é importante ter o ciclo menstrual regulado.

6.1.1 O que é tabelinha?

É um método contraceptivo em que a mulher observa o período fértil e o dia da ovulação em cada ciclo menstrual, e com isso deve evitar relações sexuais desprotegidas nesse período. A mulher deve anotar e criar seu próprio calendário, pois os ciclos menstruais variam de mulher para mulher. Esse método contraceptivo não previne contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Um exemplo para você conhecer o seu ciclo:



Figura 4 - Fonte: Imagem criada pela autora

6.1.2 O que é método da amamentação (LAM)?

É um método natural, onde a mulher amamenta seu bebê exclusivamente, isto é, o bebê é alimentado apenas com o leite do peito, não podendo ingerir água, chás, sucos e outros alimentos. Quando a mulher está amamentando é estimulada a liberação de hormônios que impedem a ovulação. Este efeito é suficiente para evitar a gravidez. Mais se aparecer menstruação quer dizer que já está ovulando, um profissional de saúde deve ser procurado para escolher outro método contraceptivo. Esse método é recomendado até os seis meses.



Figura 5 - Fonte: <http://www.quantadada.com.br/category/dica-do-especialista/>

6.1.3 O que é muco cervical?

O coito interrompido é a retirada do pênis de dentro da vagina antes do parceiro ejacular. Esse método apresenta alto risco de engravidar, pois durante o ato sexual antes da ejaculação os espermatozoides são liberados em pequena quantidade. Ainda, pode haver o atraso na retirada do pênis de dentro da vagina, ocasionando ejaculação no canal vaginal, podendo acontecer uma gravidez não planejada.



Figura 6 - Fonte: <http://www.vouamambe.com/metodos-contraceptivos-naturais-1/>

6.1.4 O que é coito interrompido?

O coito interrompido é a retirada do pênis de dentro da vagina antes do parceiro ejacular. Esse método apresenta alto risco de engravidar, pois durante o ato sexual antes da ejaculação os espermatozoides são liberados em pequena quantidade. Ainda, pode haver o atraso na retirada do pênis de dentro da vagina, ocasionando ejaculação no canal vaginal, podendo acontecer uma gravidez não planejada.

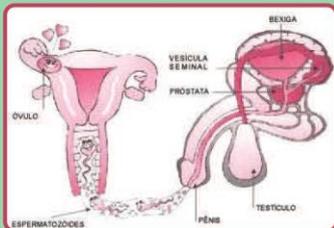


Figura 7 - Fonte: <http://gataadablogia.blogspot.com.br/2008/11/reproducao.html>

6.2 Métodos contraceptivos hormonais

São métodos contraceptivos que utilizam hormônios, que mudam o aspecto da parede uterina impedindo a passagem dos espermatozoides, com isso evita uma gravidez.

6.2.1 O que são pílulas?

São feitas de hormônios parecidos com os produzidos pelo corpo da mulher. Existem cartelas com 21 a 24 pílulas. A pausa entre uma cartela e outra varia conforme a indicação. Por isso é importante antes de iniciar o uso consultar um profissional de saúde.



Figura 8 - Fonte: <http://doutorcinima.com.br/2014/05/20/metodos-contraceptivos-entenda-os-e-escolha-um-que-combina-melhor-com-seu-perfil-55343/>

6.2.2 O que são minipílulas?

São anticoncepcionais orais que contêm hormônio em dose muito baixa. São indicados para mulheres durante a amamentação. Cada cartela possui 28 comprimidos e não há pausa entre uma cartela e outra. A partir do momento que a mulher deixar de amamentar deve procurar o serviço de saúde para usar outro tipo de método contraceptivo para evitar uma gravidez.

6.2.2.1 Cuidados com a pílula e a minipílula

Pílula: para quem nunca tomou pílula, ela deve ser iniciada no 1.º dia da menstruação e para quem já toma e quer trocar de pílula, inicia normalmente no dia que iniciaria a outra pílula. Cada pílula deve ser tomada uma vez ao dia, de preferência no mesmo horário. Caso esqueça de tomar, tome-a assim que se lembrar.

Esquecimento na 1.ª semana: tomar a pílula evitar relações sexuais sem preservativo por 7 dias.
Esquecimento na 2.ª semana: tomar a pílula sem necessidade de outro método.
Esquecimento na 3.ª semana: pode tomar a pílula sem intervalo entre uma cartela e outra, ou não tomar a pílula e dar o intervalo entre a cartela de anticoncepcional.

Minipílula: por ser um método sem intervalo, entre uma cartela e outra, no caso de esquecimento, deve tomar a pílula assim que lembrar e usar preservativo em todas as relações sexuais por 7 dias.

13

14

6.2.3 O que é contraceptivo de emergência?

Também conhecida como pílula do dia seguinte. Pode ser usada até 3 dias após uma relação sexual sem preservativo. Age impedindo a ovulação, com o objetivo de evitar uma gravidez não planejada. Por conter grande quantidade de hormônios não deve ser tomada com muita frequência, pode causar um descontrole do ciclo menstrual além de outros efeitos colaterais. Ela é disponibilizada no posto de saúde do seu bairro.



Figura 9 - Fonte: <http://www.menanticonepcional.com/category/pilula-do-dia-seguinte/page/6/>

6.2.4 O que são contraceptivos hormonais injetáveis mensais e trimestrais?

Os dois agem impedindo modificando a parede uterina e impedindo a passagem dos espermatozoides para o útero, com isso evita gravidez não planejada. Devem ser aplicados sempre por um profissional de saúde habilitado. Para quem vai tomar a injeção anticoncepcional pela primeira vez, deve saber que o primeiro dia da menstruação é o dia ideal para tomar a primeira dose. Depois disso, a injeção anticoncepcional deverá ser aplicada a cada 30 ou 90 dias, sem atrasos. Caso ocorra o atraso, deve-se procurar um profissional de saúde, para realizar o teste de gravidez, se negativo para gravidez, tomar a injeção e usar preservativo durante os primeiros 10 dias da aplicação.

Injetável mensal: deve ser injetado 1 vez ao mês, pois sua ação no corpo da mulher dura em torno de 30 dias.

Injetável trimestral: deve ser injetado a cada 3 meses, pois sua ação no corpo da mulher dura em torno de 90 dias.

Atenção: os métodos contraceptivos hormonais orais e injetáveis possuem efeitos colaterais muito variados como: queixas como náuseas, cefaléia, nervosismo, ganho de peso e sensibilidade mamária. Muito mais raro, porém possível e perigoso, é o desenvolvimento de coágulos sanguíneos. Alguns medicamentos diminuem o efeito do anticoncepcional como: Antibióticos, anticonvulsivantes e anti-histamínicos.



Figura 10 - Fonte: <http://enfermagememsaude.blogspot.com.br/2010/06/administracao-de-medicacao-via.html>

6.3 Métodos contraceptivos de barreira

Os métodos de contraceção de barreira impedem a entrada do espermatozoide no útero ou o encontro do espermatozoide com o óvulo.

6.3.1 O que é preservativo?

O preservativo masculino e feminino é feito de látex (borracha) em formato de tubo. Age impedindo o contato do pênis e a liberação de espermatozoides no interior da vagina, com isso, protege contra gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, quando utilizado corretamente. Nunca utilize o preservativo em mais de uma relação sexual. Em caso de rompimento do preservativo, procure um profissional de saúde imediatamente para receber orientações e cuidados para evitar uma gravidez não planejada.

6.3.1.1 Cuidados com os preservativos masculino e feminino.

Preservativo masculino:

também conhecido como camisinha. Não abrir o envelope usando os dentes, pois pode danificar o preservativo. Retirar o ar da ponta do preservativo antes de colocá-lo no pênis.

Preservativo feminino:

pode ser colocado na vagina na hora ou até oito horas antes da relação sexual. Nunca utilize o preservativo feminino juntamente com o masculino.

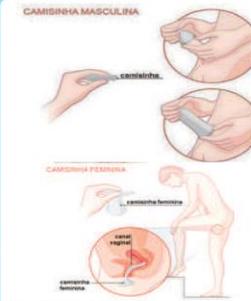


Figura 11 - Fonte: <http://abcdafaturamamac.blogspot.com.br/2013/03/abandonando-os-metodos-anticoncepcionais.html>

15

16

6.3.2 O que é diafragma?

O diafragma é um capuz de silicone flexível em formato de concha que possui uma borda rígida. Age impedindo que os espermatozoides entrem em contato com o útero. Deve ser introduzido na vagina antes da penetração do pênis. A mulher consegue colocá-lo sozinha, podendo permanecer até oito horas com o diafragma, ele é disponibilizado pelo SUS. Ao optar pelo diafragma deve ser consultado um profissional de saúde, para indicar o tamanho correto.



Figura 12 - Fonte: <http://abcdafaturamamac.blogspot.com.br/2013/03/abandonando-os-metodos-anticoncepcionais.html>

6.3.3 O que é espermicida?

É um tipo de produto com aspecto de gel ou pomada. Deve ser introduzido na vagina antes da relação sexual. É usado para matar os espermatozoides, e por isso deve ser usado junto com outro método contraceptivo, como: preservativo masculino, feminino ou diafragma, pois sozinho não é capaz de evitar gravidez.



Figura 13 - Fonte: <http://abnecolinasud.com.br/biologia/espermicida.html>

6.3.4 O que é dispositivo intrauterino (DIU)?

É um método contraceptivo de longa duração que é colocado no interior do útero e produzido de plástico tem o formato de "T". Existem dois tipos de DIU: o recoberto de cobre que pode durar até 10 anos e o que contém hormônio que pode durar até 5 anos no interior do útero. A colocação do DIU deve ser feita por um médico ginecologista e é um procedimento ambulatorial e é disponibilizado pelo SUS. O momento habitual da inserção é durante ou logo após a menstruação (preferencialmente até o 5º dia do ciclo), porque o canal do útero está mais aberto, o que facilita sua aplicação tornando-a menos dolorosa. Depois do procedimento, é importante fazer uma ultrassonografia de controle, para que se tenha certeza de que o DIU está na posição correta. É bom lembrar que o DIU não provoca aborto.



Figura 14 - Fonte: <http://educacao.globo.com/biologia/assunto/fisiologia-humana/metodos-contraceptivos.html>

6.4 Métodos contraceptivos definitivos

É um tipo de método contraceptivo cirúrgico. Dentre eles destaca-se a laqueadura e a vasectomia.

6.4.1 O que é laqueadura?

É um método contraceptivo realizado cirurgicamente no qual o médico corta ou amarra a tuba uterina, que é a passagem que liga o ovário com o útero, isso impede a passagem dos espermatozoides em direção aos ovários, evitando gravidez não planejada.



Figura 15 - Fonte: <http://educacao.globo.com/biologia/assunto/fisiologia-humana/metodos-contraceptivos.html>

17

18

6.4.2 O que é vasectomia?

É uma cirurgia realizada no homem, na qual o médico amarra ou corta o canal por onde passa os espermatozoides, com isso, impede que eles sejam lançados para fora durante a ejaculação masculina. A vasectomia não causa nenhuma alteração na vida sexual masculina e, é considerada uma cirurgia simples que pode ser realizada ambulatoriamente.



Figura 16 - Fonte: <http://www.materprimo.com.br/tratamentos/reversao-do-vasectomia>

Atenção:

Como são métodos de difícil reversão, para a sua realização é necessário passar por orientações com vários profissionais de saúde. Nessas orientações os profissionais devem ver a real necessidade da mulher e de seu parceiro em realizar esse tipo de procedimento. Após comprovadas as necessidades da mulher e ou parceiro é providenciado a documentação legal para a realização do procedimento cirúrgico. A laqueadura e a vasectomia são permitidas em mulheres e homens maiores de 25 anos, ou com no mínimo dois filhos vivos, ou em situações de risco de vida para a mulher ou o futuro bebê. Em Dourados a preparação da documentação para laqueadura e vasectomia, é realizado na Clínica da mulher.

REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR6029: informação e documentação - livros e folhetos - apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - v. 1, n. 1. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/inform-se-sobre-como-funcionam-oito-metodos-anticoncepcionais/>. Acesso em: 05 abril 2016.

_____. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar/>. Acesso em: 05 junho 2015.

ANEXO A



Prefeitura de
Dourados
Nossa Cidade no Rumo Certo

ANEXO I	
Solicitação de estágio curricular, extracurricular e não remunerado, aulas práticas, visitas, pesquisas, extensão e trabalhos.	
Dados da Instituição/Requerente: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul	
Curso: Mestrado/UEMS	
Professor: Lourdes Missio	Cel.: 67 9295 4972
Disciplina: Mestrado Ensino em Saúde/UEMS	
Nome Completo dos Alunos: Ana Paula de Lima	Cel.: 67 9147 3187
Atividade:	
<input type="checkbox"/> Estágio Curricular <input type="checkbox"/> Estágio Extracurricular e não Remunerado <input type="checkbox"/> Aulas Práticas <input type="checkbox"/> Visitas <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Trabalhos	
Proposta de Cronograma:	
Data: 09/15 a 09/16	Período: M()T()I(x)
Local: ESF Jockey Club e Vila São Braz (17 e 27)	
Tema/Projeto/Solicitação: (Descrever sucintamente)	
<p>Tecnologia educativa para o planejamento familiar</p> <p>O planejamento familiar baseia-se em uma série de ações desenvolvidas por profissionais da saúde, que direciona a oferta dos métodos contraceptivos pelos serviços de saúde, através de orientações voltadas a mulher e ao casal, sem constrangimentos dos mesmos. Identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar e com base nos resultados, construir e validar uma tecnologia educativa direcionado as mesmas. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que será realizada em Estratégia Saúde da Família (ESF) 17 e 27 do bairro Jockey Club e Vila São Braz, na cidade de Dourados-MS. Primeiramente será realizada entrevista com mulheres atendidas em ESF durante o exame ginecológico e ou visita domiciliar, afim de avaliar o conhecimento das mesmas sobre o planejamento. A amostragem envolvendo as mulheres será definida por conveniência e o fechamento amostral por saturação desenvolvida. A construção e validação da cartilha será dividi em 3 etapas: levantamento do conteúdo e construção, validação e disponibilização do manual. Na primeira etapa o levantamento do conteúdo da cartilha será determinado através de buscas em material bibliográfico e em bancos de dados, ainda utilizara o conteúdo levantado através das entrevistas com as mulheres. Após a construção do manual, na segunda fase ocorrerá a validação através de consulta aos juizes especialistas e ao público alvo, ambos serão selecionados por amostragem não probabilística intencional, após a validação da cartilha a mesma será readequado de acordo com as sugestões indicadas pelos avaliadores. Por fim, a terceira fase na qual o mesmo será encaminhado a gráfica para impressão. A proposta de estudo será apresentada à Secretaria Municipal de Saúde, e comitê de ética e pesquisa através da Plataforma Brasil, para a análise e aprovação do mesmo. Será solicitado que o participante assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se que com esse estudo, difundir o conhecimento para as mulheres sobre planejamento familiar e ainda a cartilha poderá ser utilizada pelos profissionais atuantes em ESF desse município, para prosseguir o acompanhamento das usuárias em planejamento familiar.</p>	
Objetivo:	



Identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento Familiar e com base nos resultados construir e validar uma tecnologia educativa direcionada as mesmas.
 Avaliar o conhecimento de mulheres atendidas em ESF do município sobre o planejamento familiar;

- Desenvolver e descrever as etapas do processo de elaboração de uma tecnologia educativa para utilização no serviço de planejamento familiar;
- Validar o conteúdo do material com ajuda dos especialistas e representantes do público alvo;

Atividade a ser realizada na Rede de Saúde Municipal:

Serão realizadas entrevistas com mulheres que procuram a ESF para exame ginecológico, para capturar as diversidades de pontos de vista sobre as necessidades de conhecimentos das usuárias em planejamento familiar, a fim de confrontar as diversas realidades e dar maior consistência ao conteúdo do manual educativo.

Apreciação da CEPET em: 06/07/2015. Aprovado

Data: 09/15 a 09/16 Período: M() T() I() Local: ESF 17 e 27

Quantidade de Alunos: 03

***** Os Alunos deverão OBRIGATORIAMENTE apresentar a cópia deste ao coordenador da unidade, a FALTA, impedirá adentrar e realizar suas atividades.**

Devolutivas à CEPET:

Apresentar a SeMS:

Entregar cópia à SeMs:

Não Aprovado Justificativa:

Flávia Cláudia R. J. de Brito
 Presidente da CEPET
 e da Educação na Saúde
 Matrícula: 114764192

Antônio,

Fabiano Müller Dezan
 Cirurgião - Dentista
 CRO 2793 MS

ANEXO B

UNIVERSIDADE ANHANGUERA
-UNIDERP (UNIV.PARA O
DESENVOLVIMENTO DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Pesquisador: Ana Paula de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48754115.3.0000.5161

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.319.835

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa intitulada "TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR" elaborada pela pesquisadora Lourdes Missio e ressalta sobre os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos, suas influência desde o movimento feminista em 1980 em Amsterdã, até a criação do PAISM no Brasil (Programa de Assistência Integral à saúde da mulher) pelo Ministério da Saúde em 1983. Assim, o planejamento familiar é uma das ações do PAISM e tem por objetivo ampliar o acesso de mulheres em idade fértil, homens e casais, para obter informações sobre métodos contraceptivos e como utiliza-los corretamente, além de, oferecer também a prevenção da gravidez indesejada e abortamentos malsucedidos, que podem levar a processo de adoecimento, com isso causar gastos excessivos ao Sistema Único de Saúde (SUS), prejudicando a economia do País (BRASIL, 2002).

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da presente pesquisa visa identificar o conhecimento das mulheres sobre o planejamento familiar e com base nos resultados, construir e validar uma tecnologia educativa direcionado as mesmas. Desenvolver e descrever as etapas do processo de elaboração de uma tecnologia educativa para utilização no serviço de planejamento familiar e validar o conteúdo da cartilha com ajuda dos especialistas e representantes do público alvo.

Endereço: Av. Ceará 333

Bairro: Miguel Couto

CEP: 79.003-010

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3348-8120

E-mail: cep.uniderp@anhanguera.com

UNIVERSIDADE ANHANGUERA
-UNIDERP (UNIV.PARA O
DESENVOLVIMENTO DO



Continuação do Parecer: 1.319.835

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa apresenta potenciais riscos podendo gerar para as mulheres participantes a exposição do conhecimento que possuem em relação ao planejamento familiar durante a participação da entrevista e durante a avaliação da cartilha, podendo em algum momento sentirem-se constrangidas ou com receio em participar do estudo porém os benefícios incluem colaborar com o desenvolvimento de uma cartilha para o planejamento familiar e com isso promover a maior difusão técnicas para o controle da fecundidade. Assim incentivar a promoção do desenvolvimento de ações de emponderamento para toda a população sobre todos os tipos de métodos contraceptivos e controle da natalidade livre escolhido pelo casal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui bibliografia satisfatória para o estudo e trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que será realizada nas Estratégias de Saúde da família (ESF) 17 e 27, da Cidade de Dourados,MS, Localizadas no bairro Jockey Clube e Vila São Braz, pois as mesmas possuem uma grande população, sendo a maioria carente. A pesquisa será realizada através de uma entrevista com mulheres que procuram o serviço para coleta do exame ginecológico, consultas de pré-natal ou através de visitas domiciliares. Após será o processo de construção e validação da cartilha, que seguirá as recomendações utilizadas no estudo de Echer (2005), para a elaboração de cartilhas de orientações em saúde, segundo a autora, recomenda-se que o processo de construção deve ser realizado em 3 etapas: levantamento do conteúdo e construção, validação pelos profissionais e publico alvo e disponibilização da cartilha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes e preenchidos adequadamente. O TCLE esta em forma de convite e atualizado.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Ceará 333

Bairro: Miguel Couto

CEP: 79.003-010

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3348-8120

E-mail: cep.uniderp@anhanguera.com

UNIVERSIDADE ANHANGUERA
-UNIDERP (UNIV.PARA O
DESENVOLVIMENTO DO



Continuação do Parecer: 1.319.835

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_561724.pdf	31/08/2015 15:51:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tecnologia_educativa_para_o_planejamento_familiar.doc	31/08/2015 15:50:26	Ana Paula de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx	31/08/2015 15:48:35	Ana Paula de Lima	Aceito
Folha de Rosto	scan0001.pdf	31/08/2015 15:46:11	Ana Paula de Lima	Aceito
Outros	Lattes_AnaPauladeLima.pdf	28/08/2015 16:50:21	Maria José de Souza Acosta	Aceito
Outros	aurização sec de saude.pdf	03/08/2015 19:42:55		Aceito
Outros	Entrevista e Questionario.docx	31/07/2015 13:37:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 12 de Novembro de 2015

Assinado por:

Paulo de Tarso Coelho Jardim
(Coordenador)

Endereço: Av. Ceará 333

Bairro: Miguel Couto

CEP: 79.003-010

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3348-8120

E-mail: cep.uniderp@anhanguera.com