

Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde

Sexual and reproductive education in the puerperium: gender issues and women's healthcare in the context of primary care (abstract: p. 17)

Educación sexual y reproductiva en el puerperio: cuestiones de género y atención de la salud de las mujeres en el contexto de la atención primaria de la salud (resumen: p. 17)

Giovanna Brunna da Silva Justino^(a)

<giovanaBrunna@gmail.com> 


Natália Sevilha Stofel^(b)

<natalia.stofel@ufscar.br> 

Mariana De Gea Gervasio^(c)

<mariana.gervasio@usp.br> 

Iraí Maria de Campos Teixeira^(d)

<iraimcteixeira@gmail.com> 

Natália Rejane Salim^(e)

<nat.salim@ufscar.br> 

^(a) Pós-graduanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de São Bernardo do Campo (Residência), Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Avenida de Alencar Castelo Branco, 3.832, Apto 13, Parque Neide. São Bernardo do Campo, SP, Brasil. 09850-305.

^(b, e) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos (Ufscar). São Carlos, SP, Brasil.

^(c) Pós-graduanda do Programa de Saúde Pública (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Departamento de Metodologia de Ensino, Ufscar. São Carlos, SP, Brasil.

Estudo qualitativo que teve como objetivo compreender os desafios de profissionais de saúde para a realização de ações de educação sexual e reprodutiva durante o puerpério no contexto da Atenção Primária. Foram realizadas entrevistas com a equipe de saúde de uma Unidade de Saúde da Família em um município do interior de São Paulo. A análise foi conduzida por meio da análise dos sentidos. Evidenciou-se que a discussão de gênero e os aspectos culturais influenciam na forma da abordagem da temática, além de existirem resistências na esfera da gestão, na falta de investimento em recursos humanos e materiais que favoreçam a problematização, e na sensibilização sobre o papel da Atenção Primária para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no período puerperal.

Palavras-chave: Período pós-parto. Anticoncepção. Saúde da mulher. Direitos sexuais e reprodutivos. Gênero e saúde.

Introdução

A categoria gênero possibilitou o surgimento de novas ferramentas analíticas para se pensar as relações sociais¹, envolvendo a desconstrução de uma noção binária entre masculino e feminino, problematizando a “lógica essencialista” de mulheres e homens “universais”². Nesse sentido, é possível discutir questões sociais, como a noção de que as mulheres são destinadas ao cuidado e à maternidade, dado que em seus corpos acontecem a gestação e a amamentação, e que o homem, por não ter esse “aparato biológico”, não seria responsável pelos cuidados. Nesse entendimento, é gerada uma supervalorização da maternidade em comparação à paternidade, bem como a responsabilização das mulheres em relação à concepção^{3,4}. Disfarçada de aspectos biológicos, a desigualdade de gênero materializa-se na vida e nos corpos das pessoas, afetando de maneira desigual experiências e subjetividades. Apesar dos avanços na luta pela igualdade de gênero, a autonomia e a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ainda não são uma garantia e a Atenção à Saúde é uma das esferas que pode contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa⁵.

Direitos reprodutivos e sexuais podem ser definidos como: o direito de decidir de forma livre e responsável sobre o desejo de cada pessoa querer ou não ter filhos, quantos e em que momento de suas vidas; o direito a informação, meios e métodos para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidezes indesejadas; e, conseqüentemente, o direito de exercer sua sexualidade livre de qualquer tipo de coerção⁶. Entretanto, esses direitos recebem atenção limitada, gerando repercussões diretas na sociedade, como gravidezes indesejadas, práticas de aborto clandestino e altos índices de mortalidade materna. A demanda de planejamento reprodutivo não atendida costuma ser maior entre as mulheres negras, adolescentes e de menor poder socioeconômico⁵.

No âmbito das políticas públicas, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004⁷, colaborou para o avanço na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, incorporando em sua construção e nas diretrizes os conceitos de gênero e da integralidade nas práticas em saúde. Já a Lei do Planejamento Familiar, que regula os direitos reprodutivos e sexuais em âmbito nacional, garante ao Sistema Único de Saúde (SUS) a oferta de métodos contraceptivos gratuitos e a disposição de ações de educação sexual e reprodutiva⁸.

Ainda que a lei seja um instrumento de mudança social, grande parte das mulheres não consegue exercer a sua autonomia reprodutiva pela falta de programas adequados e efetivos. Há uma grande controvérsia entre as leis e políticas instituídas e o que está sendo oferecido na prática nas instituições de saúde, pois as ações são executadas de forma isolada e não priorizadas⁹. Nesse sentido, é necessário, para o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde, compreender os direitos reprodutivos e a sexualidade como uma prática social fundamental em todas as etapas da vida e que envolve aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais¹⁰.

O puerpério é um momento de modificações biopsicossociais em que as mulheres vivenciam as primeiras demandas da maternidade e, muitas vezes, carecem de uma atenção que identifique e contemple todas as suas necessidades de saúde. Percebe-se que, nessa fase, o foco do cuidado é mais voltado para o recém-nascido e as necessidades da mulher são negligenciadas, principalmente no âmbito de sua sexualidade e sua vida reprodutiva¹¹.

Pesquisas realizadas com puérperas destacam que essa temática é invisibilizada após o nascimento ou é tratada de forma limitada na esfera biológica em consultas individuais e ações grupais. Desafios se mostram presentes na organização da rede de serviços e no vínculo entre mulheres e profissionais. Isso resulta na falta de espaços para que as mulheres possam compartilhar as suas experiências, dúvidas e angústias, bem como na falta da incorporação de práticas que possibilitem o diálogo, o incentivo ao autocuidado e a autonomia sobre o próprio corpo^{12,13}.

Algumas dificuldades foram levantadas para a implementação do planejamento familiar, como: falta da abordagem multiprofissional, limitação das ações às consultas médicas, falta de capacitação profissional e dificuldade na participação das mulheres¹³. Outro obstáculo é o olhar reduzido sobre os homens nas ações de planejamento reprodutivo. O padrão hegemônico de masculinidade e as representações culturais em um contexto no qual somente mulheres engravidam e, portanto, seriam responsáveis pela vida reprodutiva, são entraves para a produção em saúde pautada na integralidade^{13,14}.

O investimento em saúde reprodutiva auxilia na diminuição das altas taxas de mortalidade materna e neonatal, bem como na criação do suporte social adequado para mulheres em situação de vulnerabilidade, sem poder de decisão sobre seu corpo, sua saúde e seu futuro³. A educação em saúde surge como potente estratégia de transformação desse cenário de promoção da saúde no período gravídico-puerperal, visto que pretende transpassar a visão assistencialista do cuidado por meio da troca entre profissionais de saúde e usuárias¹⁵.

Diante das demandas levantadas pelas puérperas em estudo prévio¹³, esta pesquisa teve como objetivo ouvir os profissionais de saúde e conhecer os desafios dos serviços na implantação de ações de educação sexual e reprodutiva em uma Unidade de Saúde da Família a fim de compreender o cenário e sensibilizar os profissionais para a temática, entendendo sua importância para garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Metodologia

Estudo qualitativo conduzido com base em pressupostos da pesquisa participante, que privilegia a participação social durante o processo de investigação-educação-ação, em uma troca constante de experiências e opiniões entre participantes e pesquisadores/as¹⁶.

Foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família localizada em um bairro periférico de uma cidade do interior de São Paulo. O território é marcado por vulnerabilidades e é campo de ações sociais por meio de organizações, parcerias entre a comunidade e a universidade em ações de extensão. Oito profissionais da equipe de saúde participaram do estudo. Os critérios de inclusão foram: atuar na Atenção Primária há no mínimo um ano e experiência na Atenção à Saúde das mulheres. O material analisado foi produzido com registro em diário de campo e entrevista semiestruturada, que surgem como prática dialógica privilegiada de interação social¹⁷. As entrevistas foram realizadas de dezembro de 2019 a maio de 2020.

Os/as profissionais participantes deste estudo foram convidados/as diretamente em sua unidade de trabalho. Diante da aceitação, as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada convidado/a, sendo realizadas posteriormente na própria



Unidade de Saúde. Dois/duas participantes foram entrevistados/as remotamente, seguindo recomendações internacionais e locais durante a pandemia da Covid-19.

As entrevistas foram gravadas mediante o consentimento dos/as participantes e duraram, em média, trinta minutos. Todos/as os/as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram a identidade preservada. A análise foi norteada pela análise dos sentidos, que busca compreender a maneira como as pessoas produzem sentidos no seu cotidiano e nas relações sociais. Para tal, utilizam-se mapas dialógicos como ferramenta de visualização do processo de interação e que auxiliam na identificação dos múltiplos núcleos de sentidos presentes nos relatos¹⁷.

Por meio dos mapas é possível identificar os repertórios e a dialogia presente nos discursos. Como instrumento, a construção do mapa dá subsídio ao processo de interpretação, permitindo a visualização de diferentes dimensões temáticas que dialogam com os objetivos do estudo. A organização dos conteúdos no mapa privilegia a sequência das falas, a fim de contextualizar o conteúdo produzido e identificar as interações presentes nos diálogos por meio do esquema visual da entrevista¹⁷.

Foram seguidas as normas para pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob o protocolo CAAE: 13435719.8.0000.5504.

Resultados e discussão

Quanto à caracterização das/dos participantes, são profissionais da equipe de saúde abrangendo: seis agentes comunitárias de saúde (ACS), uma enfermeira (ENF) e um médico (MED), com tempo de atuação entre dois e dez anos na rede de Atenção Primária à Saúde do município. As idades variaram entre 26 e 52 anos, sete pessoas se identificaram com o gênero feminino e uma com gênero masculino. Em relação à raça, três se autodeclararam negras e cinco, brancas. Foram definidos três núcleos de sentido principais, considerando as vivências e os desafios relacionados: ao contexto social do território; à disponibilidade de recursos e organização da rede; e às questões de gênero. As falas das/dos participantes foram identificadas conforme a sigla da atuação.

Vivências e desafios relacionados ao contexto social do território

A Unidade de Saúde encontra-se em uma região periférica, marcada pela vulnerabilidade social, onde a gestação na adolescência é trazida como discussão importante no território:

A questão da população adolescente é um desafio que a gente tem aí pela frente, da proteção, da gravidez precoce na adolescência, aqui pelo menos pesa muito isso. (ENF)

A gravidez na adolescência envolve riscos de morbimortalidade materna associados a fatores biológicos, psicossociais e de vulnerabilidades. Gestações de risco e complicações no parto são as principais causas de morte entre mulheres de 15 a 19 anos em regiões marcadas por vulnerabilidades sociais¹⁸. Em um panorama mundial, meninas em condições socioeconômicas desfavorecidas, com baixa escolaridade, moradoras de áreas rurais possuem maiores chances de engravidar durante a adolescência. Raça e etnia, bem como o acesso limitado à saúde sexual e reprodutiva, também impactam diretamente a incidência da gravidez na adolescência¹⁹.

Em 2015, houve uma queda nos casos de gestações na adolescência que pode ser justificada pela expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), que oferece maior acessibilidade aos métodos contraceptivos e aproxima os/as adolescentes dos/as profissionais de saúde pelo Programa Saúde na Escola²⁰. Para tanto, é necessário atentar para os fatores individuais de cada usuária sobre a gravidez na adolescência para propiciar um espaço de planejamento reprodutivo singular, proporcionando autonomia e escuta de acolhimento, compreendendo a adolescente como pessoa de direitos e corresponsável pelo seu cuidado.

Em paralelo, um estudo demonstrou que quase todas as mulheres com até seis semanas de pós-parto relataram seu desejo de prevenir uma futura gravidez precocemente. Intervalos menores que 12 meses entre gestações podem aumentar em até 8,5% a chance de parto prematuro e em até 1,2% a morte materna²¹. Neste estudo, a equipe demonstra preocupação com a recorrência de curtos intervalos de tempo entre gestações no território.

O índice de gestação não planejada no primeiro ano pós-parto é grande [no território]. (ACS1)

A gente tem intervalos entre uma gestação e outra muito curtos [...] tem caso de mulheres que engravidaram depois de 3 meses que o último filho nasceu, então é bem complicado. (ENF)

Os/as profissionais também mostram os desafios em relação ao motivo das falhas na utilização dos métodos.

Elas têm a informação e mesmo assim às vezes acontece de “eu não queria e engravidei” [...] A gente está com algumas gestantes que estão na terceira ou quarta gravidez, onde nenhuma delas foi planejada [...] Pra nós aqui na unidade ainda é um desafio que precisamos conversar em reunião e ver como abordar as pacientes que já têm informação e mesmo assim acontece [a gestação indesejada]. (AC4)

Ainda que informações sejam dadas, é necessário repensar nas formas com que as práticas têm acontecido no cotidiano do serviço, conforme a fala acima. Um exemplo claro de divergência entre teoria e prática são as informações dadas a respeito da colocação do DIU, realizada pela equipe de saúde, diante da dificuldade de acesso a esse método, considerando que sua colocação, quando disponível, só é realizada em nível hospitalar no centro da cidade, barreira importante se considerarmos a localização periférica

do território. Promover saúde demanda interdisciplinaridade, proximidade com o território, participação social e educação em saúde; também é essencial garantir subsídios e organização da rede de saúde²².

O trabalho da equipe de saúde na assistência ao planejamento reprodutivo envolve três tipos principais de atividades: educativas, clínicas e de aconselhamento, devendo ser realizadas de forma integrada e interprofissional²³. Nesse contexto, as ações de educação em saúde são como uma oportunidade para desenvolver a corresponsabilização e a troca de conhecimento de forma horizontalizada, a fim de que as mulheres ocupem posição central no processo educativo²⁴.

Entende-se que os grupos educativos propiciam para as mulheres momentos de compartilhamento de experiências e esclarecimento de dúvidas com outras mulheres, o que permite a troca de saberes, fundamental na prática de educação na saúde¹⁵. Acerca das experiências sobre as ações educativas no puerpério, os profissionais garantem já terem propiciado esses espaços, conforme suas perspectivas, mas identificam fatores que dificultam a participação das mulheres, como a atribuição dos cuidados domésticos e com outros filhos, o retorno ao trabalho e o horário comercial de funcionamento da unidade, ou seja, os profissionais também reconhecem que o acesso aos grupos não é facilitado.

As que participam são as participantes onde não acontece [gravidez indesejada] e as que precisam participar não participam. Não sei se é o trabalho também, porque é horário comercial, mas era muito bom ter grupo para trazer informação. (AC4)

A compreensão de um atendimento integral às puérperas leva em conta o retorno dessa mulher à Unidade de Saúde após o parto. Uma fragilidade para a garantia desse retorno é a falha no sistema de referência e contrarreferência. Essas dificuldades se relacionam à falta de regulação entre os níveis de atenção²⁵ e impactam diretamente as práticas, o acesso e a identificação de necessidades em saúde.

[...] acho que precisa melhorar essa comunicação. A contrarreferência da paciente eu acho importante. (ENF)

É recomendado que o retorno das puérperas ao serviço de Atenção Primária ocorra de sete a dez dias após o parto. As consultas agendadas visam à garantia da assistência e da promoção de saúde para, conseqüentemente, diminuir os indicadores de morbimortalidade materna-infantil^{25,26}. Apesar das fragilidades no sistema de referência e contrarreferência, a visita domiciliar realizada pelo/a ACS e enfermeira é apontada como estratégia facilitadora para a garantia da atenção no pós-parto. Recomendada pelo Ministério da Saúde, a visita como prática do cotidiano do serviço é essencial para o aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva.

Aqui é fácil para gente saber [dos partos que ocorreram] porque elas vêm semanalmente, então quando não aparecem na consulta, ligamos para saber por que faltou e se já teve o neném. Aí a gente já marca pra enfermeira ir no puerperal. (AC3)



A gente marca a primeira consulta do puerpério na casa, no 7º dia e a enfermeira vai. Se for o dia do agente, nós acompanhamos as visitas da enfermeira e é feito o puerpério na casa. (AC5)

Essa prática, quando garantida durante a gestação, permite a criação de vínculo, ferramenta fundamental para o cuidado que possibilita melhor comunicação e favorece a continuidade do cuidado às mulheres no puerpério de forma longitudinal.

Nas unidades de Atenção Primária à Saúde, o/a ACS é o elo direto entre os serviços de saúde e a comunidade, participa de forma contínua no cuidado e desenvolve ações de educação em saúde. Com relação ao pré-natal, uma pesquisa observou aumento da participação das gestantes pois, com os/as ACS integrados ao processo de trabalho da Rede Cegonha, intensificou-se a captação precoce de mulheres durante as visitas domiciliares²⁷. Entendendo o importante papel dos ACS na promoção da saúde reprodutiva e continuidade do cuidado, a atuação de agentes no período puerperal é fundamental para o estímulo ao autocuidado e para a confiança das mulheres.

Vivência e desafios relacionados à disponibilidade de recursos e organização da rede

Durante a pesquisa, em conversa com a enfermeira, foi levantada uma insatisfação das usuárias com a territorialização da unidade, fazendo que muitas delas transitassem em diferentes unidades entre o pré-natal e o puerpério. Por conta disso, ela enfatiza a importância da discussão sobre o planejamento reprodutivo desde o pré-natal.

O planejamento começa antes mesmo da concepção, é reforçado durante o pré-natal e na consulta de final de puerpério é oferecido algum método de escolha da paciente. (MED)

Quando o planejamento reprodutivo se inicia no pré-natal, existe maior confiança no profissional e no método contraceptivo escolhido²⁸. O atendimento compartilhado promove uma assistência de qualidade e garante diretrizes e princípios do SUS, dado que consiste em uma relação harmoniosa, baseada na ética e no compromisso²⁹. Para tanto, a atuação e a autonomia da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família são apontadas como grande potencial para a efetivação do planejamento reprodutivo nesse período.

Aqui nós fazemos o atendimento compartilhado com o médico, então de uma forma geral nós fazemos de forma compartilhada o pré-natal, puericultura, saúde da mulher. (ENF)

Um estudo com puérperas demonstrou que apenas 1,2% delas buscava a enfermagem como referência para o aconselhamento de métodos contraceptivos, enquanto 86,5% das mulheres buscavam orientação médica²¹. Em conversa, o médico destaca a falta de tempo nas consultas como uma dificuldade para o desenvolvimento do planejamento reprodutivo, visto que a organização atual do serviço, no qual existe alta demanda para

as consultas médicas, desfavorece o aprofundamento para compreensão das mulheres. A atuação da enfermagem durante a consulta de puerpério tem olhar para as necessidades das mulheres nesse período, possibilita a identificação e a priorização de ações²⁸, além de favorecer a otimização dos atendimentos realizados pela Unidade de Saúde.

A Unidade de Saúde disponibiliza os seguintes métodos contraceptivos: preservativos externos e internos, anticoncepcionais oral e injetável, encaminhamento e orientação para inserção do DIU, laqueadura e vasectomia. Entretanto, a falta desses métodos na rede é um problema apontado com frequência nas pesquisas realizadas com puérperas, e não se difere da visão dos profissionais.

Nesses dois últimos meses estávamos com a falta da medicação, ficamos sem as injeções. Se foi por isso ou não, não fizemos o levantamento ainda, mas teve um maior número de abertura de SISPré-natal. (AC4)

Quando falta o anticoncepcional na unidade elas engravidam [...] se faltar na rede a mulherada começa a aparecer grávida. (AC5)

Não sei se é a pobreza, mas elas não tiram dinheiro pra comprar método contraceptivo não. (AC3)

As falas destacam a dificuldade em entender as causas que levam as mulheres a não fazer o uso de determinado método, visto que a sua escolha e a continuidade do uso são um processo complexo que abrange individualidades, subjetividades, relações e, também, questões sociais. Tendo clara essa complexidade, um dos motivos para a interrupção do uso do método contraceptivo até dois anos após o parto acontece, geralmente, por fatores relacionados aos próprios métodos, como a ocorrência de efeitos colaterais ou a não disponibilidade deles nos serviços³⁰.

São bastante limitadas as opções disponíveis no SUS, apenas anticoncepcional oral combinado, minipílula, injetável mensal e trimestral. Seria interessante a opção do desogestrel e implante. (MED)

Na fala acima, é destacada a limitação de métodos ofertados, sendo eles basicamente hormonais, ao mesmo tempo em que o profissional sugere a inserção de outros dois métodos hormonais como possibilidade. Percebe-se que as ações e práticas de contracepção são bastante prescritivas, em que dificilmente as questões sobre o autoconhecimento sobre o corpo e os efeitos dos métodos são abordados. Em nenhuma fala se pode identificar que a escolha pelo método seria permeada por um diálogo no qual efetivamente a mulher teria autonomia pela escolha do melhor método para sua realidade. Isso limita a autonomia reprodutiva das mulheres à medida que suas possibilidades de escolha parecem ser restritas aos métodos hormonais.

Um estudo realizado com puérperas³¹ no contexto da Atenção Primária mostrou limitação no acesso e no conhecimento sobre os diferentes tipos de métodos. As participantes relatam dificuldades de adaptação com o uso de métodos hormonais e percebem efeitos adversos em seus corpos. Em relação ao DIU, relatam não ter confiança no método devido a experiências negativas de outras mulheres.

Em outra pesquisa, as participantes que optaram por métodos de longa duração, como DIU ou injeções trimestrais, tiveram maior controle e intervalo entre as gestações do que puérperas que mantiveram uso de contraceptivos reversíveis de curta duração, como pílulas de contraceptivos hormonais e preservativos³⁰. Apesar das evidências da efetividade do DIU para o espaçamento e a prevenção de gestações, um estudo observou que menos de 4% das participantes faziam uso desse método²⁹.

O DIU está em falta e estamos tendo uma demanda grande de pessoas que querem colocar [...] Sempre orientamos, falamos o preço do produto e a pessoa, se tiver condições, compra e fazemos o encaminhamento para implantação na rede. (ENF)

Uma dificuldade que temos é a ausência por completo da opção do DIU no município, que é previsto no Rename [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais]. (MED)

Tem mulher que quer implantar o DIU, mas não tem o DIU na rede e não é todo profissional que coloca. (AC3)

Como foi destacado nas falas, a falta do dispositivo intrauterino na rede dificulta a autonomia das mulheres que desejam utilizar esse método. Em 2019, o Ministério da Saúde revogou a permissão de que enfermeiros/as e obstetrites,, mesmo que treinados/as, pudessem realizar a inserção do DIU, alegando que esse é um ato exclusivamente médico pela Lei n. 12.842/2013³². Em nota, o Conselho Federal de Enfermagem destaca a importância do/a enfermeiro/a nas consultas de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva, e que não há impedimento científico e legal para que esses profissionais realizem o procedimento. Essa restrição pode ser entendida como resultado da cultura médico-centrada que mantém a hierarquização do atendimento e da desvalorização de outras profissões da saúde.

Outras possibilidades de métodos mencionados nas entrevistas são as esterilizações cirúrgicas, das quais a enfermeira relatou grande interesse por parte dos usuários. Inclusive, a vasectomia é o principal motivo para que os homens buscassem os serviços de saúde, sobretudo na Atenção Primária⁴. Entretanto, a dificuldade é marcada pela demora do processo em virtude das diversas fases burocráticas e da espera por salas cirúrgicas e profissionais disponíveis.

A gente tem o processo de laqueadura e vasectomia. Nós já conseguimos que várias pessoas fizessem, principalmente a vasectomia, por ser um procedimento mais simples. Às vezes demora, principalmente a laqueadura devido à falta de médicos, de sala cirúrgica (...) Muitas falam que o marido também tem interesse e a gente fala da vasectomia, aí o marido vem e a gente começa o processo com o parceiro. (ENF)

A Lei do Planejamento Familiar⁸ limita a realização da esterilização cirúrgica para mulheres e homens com idade superior a 25 anos ou com mais de dois filhos vivos, além de proibi-la em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, com exceção dos casos de extrema necessidade, como de risco à vida ou à saúde da mulher. Contudo, a lei exige a autorização dos parceiros/as para realização do procedimento, o que limita a autonomia reprodutiva. Além disso, as orientações acerca dos procedimentos se restringem à relação entre a cirurgia, o desejo sexual e a função erétil para homens e o arrependimento quanto à impossibilidade de ter filhos para mulheres, a fim de reduzir o sentido da saúde sexual e reprodutiva⁴.

Para possibilitar a continuidade do cuidado em planejamento reprodutivo das puérperas, é preciso que os/as profissionais compreendam integralmente o contexto sociocultural e os desejos reprodutivos das mulheres²⁹. Daí, fornecer as informações de forma clara quanto a eficácia, segurança, acessibilidade e disponibilidade de cada método contraceptivo, a fim de centrar a mulher e seus parceiros/as no cuidado e na tomada de decisão.

Vivências e desafios relacionados à questão de gênero

O pós-parto é um período envolto de diversas mudanças e afeta, diretamente, a sexualidade das mulheres diante da nova adaptação. Considerando que a sexualidade das mulheres sempre foi invisibilizada, desestimulada e/ou limitada à reprodução, no puerpério ela é ainda mais anulada devido ao papel da maternidade. Com isso, identificamos o constrangimento e o desconforto dos profissionais ao abordar a temática.

Agora sobre a relação sexual eu já não falo tanto, só oriento a evitar mesmo, mas quanto ao contraceptivo eu oriento de boa. (AC1)

O principal e mais importante é o vínculo com a paciente para que não seja “constrangedor”. (MED)

Um dificultador para abordar a sexualidade com as mulheres é a limitação dessa orientação apenas para a restrição da atividade sexual. Literaturas voltadas para profissionais da obstetrícia divergem entre afirmar que as puérperas podem se sentir seguras a retomar a vida sexual com seis semanas após o parto ou que não há evidências suficientes sobre o tempo de retomada do sexo após o parto³³.

Na visita que a gente faz com a enfermeira, logo na primeira semana, ela orienta sobre os métodos, sobre ficar os quarenta dias sem ter relação e sobre o método contraceptivo. (AC1)

Orientamos sobre o cuidado com a criança e com ela mesma, né?! [...] o resguardo... quarenta dias né, a gente pede porque sabe que a maioria não faz, mas que é o desejável. (AC3)

Crenças e valores influenciam na vivência do puerpério, considerando tanto parentes e vizinhos como também condutas profissionais desatualizadas. Esse tipo de orientação sobre o “resguardo” é utilizada como forma de prescrição e afastamento do tema. Nesse sentido, a sexualidade durante o período puerperal é reduzida ao tempo de retorno da relação sexual, afastando a responsabilidade de explorar outras questões que envolvem toda a complexidade desse aspecto da vida e de olhar para a diversidade sexual e de gênero e outras possibilidades de vivências sexuais, visto que a sexualidade se apresenta, nos discursos dos profissionais, como algo reduzido à penetração, assim como a uma relação heterossexual. Autores explicam que proibições sexuais são usadas para integrar a mulher em um novo papel social, da maternidade³⁴.

Se com as mulheres a discussão sobre sexualidade é constrangedora, com os homens ela se limita a prevenção de IST ou orientação para a vasectomia⁴. Apesar de os homens serem inseridos legalmente nos cuidados reprodutivos e sexuais por meio do Pré-Natal do Parceiro (2011) e pelo planejamento reprodutivo (1996), na prática, as ações são pontuais e dificultosas por sua baixa divulgação, pelo medo de perder o trabalho e pela crença de que o papel provedor os isenta da responsabilidade pelo planejamento reprodutivo⁴.

Quem tem parceiro fixo, a maioria das vezes ele está trabalhando e tem as que não têm parceiro fixo, então a informação realmente fica só pra elas. Quando tem o parceiro, falamos com ele junto, mas os homens já se afastam... quando eles vêm que a gente chega falando desses assuntos, já se afastam e vão para outros ambientes. É mais difícil você conseguir abordar esse assunto com os homens. (AC4)

A desigualdade de gênero repercute em poderes desiguais e hierarquizados, traduzida em relações de subordinação, geralmente da mulher em relação ao homem³⁵. Uma consequência disso é a responsabilização da mulher pela contracepção e culpabilização quando uma gravidez indesejada ocorre. Culturalmente, desde cedo os homens são incentivados a ser sexualmente ativos, enquanto colocam sobre as mulheres a responsabilização sobre a contracepção. Um estudo afirma que o envolvimento dos homens no planejamento reprodutivo é uma intervenção negligenciada³⁰.

[...] a maioria [dos homens] não usa preservativo, então só confia na medicação e ainda não toma corretamente, então esse é um problema que nós temos. (AC4)

Normalmente eu só falo com elas, com o parceiro já é meio difícil. (AC2)

Sabe-se que para mulheres heterossexuais a preocupação com o retorno da sexualidade pode ser mais intensa, já que a sexualidade está atrelada às construções sociais de gênero, algo que se demonstra no não uso do preservativo por escolha e predileção dos parceiros, por exemplo.



Um das mulheres falam “Ah, mas eles não gostam de usar o preservativo”. Muitas mulheres acham que o homem é dono do corpo delas, acredito eu que tem mulheres que têm medo [...] Se você começa a negar muito eles já acham que tem alguém por fora... aí complica [...] Porque como eu te falei tem que ser o casal, não pode ser só a mulher. Eu acho que o homem também tem que entender, tem que participar, não adianta encher a mulher de informação e quando chegar em casa o parceiro nem... (AC5)

Assunto pouco abordado durante as consultas, a maioria das notificações de violência contra a mulher é perpetrada por parceiros íntimos. Inclusive, esses abusos perduram no ciclo gravídico-puerperal, destacando a vulnerabilidade puerperal para o sexo sem consentimento e uso de métodos contraceptivos, aumentando a exposição para gravidezes indesejadas e IST³⁶.

As construções sociais de gênero idealizaram a figura masculina em um patamar de poder que deveria deter características específicas, como dominador e provedor, para ser entendido como tal. Essa masculinidade impacta tanto a saúde do homem como a das mulheres. Com novas compreensões da dinâmica de gênero, começou-se a pensar em outras formas de masculinidade que propiciassem relações mais saudáveis e igualitárias, nas quais o homem participe, por exemplo, da construção e da manutenção da sua saúde reprodutiva, partilhando as responsabilidades de maneira igualitária⁴.

Quando existe sensibilização e envolvimento genuíno dos homens nas questões reprodutivas, na paternidade e no cuidado dos filhos desde o pré-natal, impactos positivos ocorrem como a redução dos índices de violência doméstica⁴. Reconhecer as situações de vulnerabilidade que existem nos diferentes momentos da vida reprodutiva requer reflexões profundas, em que a identificação das responsabilidades que os profissionais de saúde têm nesse processo é fundamental para uma assistência e um cuidado efetivo. A falta de espaço para essa temática nos serviços de saúde confirma a necessidade do desenvolvimento de estratégias para compartilhar vivências no pós-parto.

Conclusão

As perspectivas de profissionais de saúde dialogam com os estudos realizados com puérperas indicando a falta de espaços de compartilhamento de vivências, assim como a falta de investimento em recursos humanos e materiais para garantir, por parte da gestão, além do acesso aos métodos contraceptivos, discussões mais ampliadas e integrais sobre direitos sexuais e reprodutivos. As ações de planejamento reprodutivo estão limitadas às orientações para a abstinência sexual e a escolha de métodos contraceptivos mais tradicionais, como os anticoncepcionais (orais e injetáveis) e a camisinha, além de serem focalizadas nas mulheres, havendo pouco espaço para trabalhar com parcerias sexuais e com a diversidade sexual e de gênero. Assim, a responsabilização feminina sobre a saúde reprodutiva é potencializada pelos serviços de saúde. É preciso que haja a problematização do modelo de cuidado em direitos sexuais e reprodutivos ofertado pelos serviços de saúde. Acreditamos que esse seja um passo para melhorar a compreensão das necessidades das puérperas, que estão imersas nos aspectos culturais da ideologia sexista



dominante. No âmbito local, apostamos no potencial de criação de vínculo que a Saúde da Família tem para o desenvolvimento de espaços de discussão compartilhados nos serviços de saúde para proporcionar a conscientização das pessoas sobre a importância do planejamento reprodutivo para melhorar a realidade das comunidades e garantir os direitos sexuais e reprodutivos das puérperas por meio do empoderamento e do encorajamento dessas mulheres.

Contribuições dos autores

Justino, GBS: Concepção e delineamento do trabalho; coleta de dados; participação da discussão dos resultados; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Stofel, NS: Redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Gervasio, MG: Redação do manuscrito; participação da discussão dos resultados; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Teixeira, IMC: Concepção e delineamento do trabalho; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Salim, NR: Concepção e delineamento do trabalho; participação da discussão dos resultados; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Financiamento

Essa pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) através do processo nº 2019/06191-9.

Agradecimentos

Aos profissionais de saúde que participaram e colaboraram com a pesquisa e, conseqüentemente, com a sensibilização e a melhora do atendimento à vida reprodutiva e sexual das puérperas.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).





Editora

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Editora associada

Stela Nazareth Meneghel

Submetido em

14/10/20

Aprovado em

07/05/21

Referências

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*.1995; 20(2):71-99.
2. Louro GL. Currículo, gênero e sexualidade. Porto: Editora Porto; 2001.
3. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):107-20.
4. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Physis*. 2017; 27(1):41-60. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000100003>.
5. Fundo de População das Nações Unidas. *Mundos distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade* [Internet]. Rio de Janeiro: Unfpa; 2017 [citado 13 Jan 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/situacao-da-populacao-mundial-2017/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Brasil. Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. *Lei do Planejamento Familiar*. Diário Oficial da União. 12 Jan 1996.
9. Paiva CCN, Villar ASE, Souza MD, Lemos A. Educação em Saúde segundo os preceitos do Movimento Feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(4):685-91. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150092>.
10. Brito RS, Sartori AL, Cavalcante KMH, Lima VS, Cavalcanti PP. Atitudes do comportamento sexual feminino e suas peculiaridades. *Sci Electronic Arch*. 2015; 8(1):66-71.
11. Mercado NC, Souza GDS, Silva MMJ, Anseloni MG. Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11(9):3508-15.



12. Teixeira RC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Marcon SS. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(4):621-8. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150083>.
13. Justino GBS, Soares GCF, Baraldi NG, Teixeira IMC, Salim NR. Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. *Rev Enferm UFPE*. 2019; 13:1-10. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>.
14. Santos RB. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. *RECIIS*. 2016; 10(3):1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>.
15. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):13-21.
16. Brandão CR. *Repensando a pesquisa participante*. 2a ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.
17. Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2013.
18. Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F, Chomba E, et al. Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. *Reprod Health*. 2015; 12 Suppl 2:S11.
19. Fundo de População das Nações Unidas. *Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy* [Internet]. Rio de Janeiro: Unfpa; 2013 [citado 10 Maio 2021]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>
20. Fundação Oswaldo Cruz. *Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil*. Canal Saúde – Fiocruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [citado 14 Maio 2021]. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil-2017-05-10>
21. Schummers L, Hutcheon J, Hernandez-Diaz, Williams PL, Hacker MR, VanderWeele TJ, et al. Association of short interpregnancy interval with pregnancy outcomes according to maternal age. *JAMA Intern Med*. 2018; 178(12):1661-70.
22. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:77. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006711>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência em planejamento familiar*. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Manual técnico).
24. Paiva CCN, Caetano R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [citado Mar 2020]; 24(1):e20190142.
25. Giovanni MD. *Rede Cegonha: da concepção à implantação* [monografia]. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública; 2013.
26. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme FMM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 Suppl 1:85-100. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
27. Coutinho SKSF, Minghini BV, Brito GV, Silva KS, Rocha RB, Miranda JS, et al. Rede Cegonha: uma experiência em educação permanente com agentes comunitários de saúde. *Sanare (Sobral)*. 2017; 16(1):74-9.



28. Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodrigues EF. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(3):719-25.
29. Pereira NM, Guimarães BNS, Lanza FM. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicional da atenção primária à saúde. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2013; 3(3):804-19.
30. Bibi S, Shoukat A, Maroof P, Mushraf S. Postpartum contraception utilization and its impact on inter pregnancy interval among mothers accessing maternity services in the public sector hospital of Hyderabad Sindh. *Pak J Med Sci*. 2019; 35(6):1482-7.
31. Harrison MS, Bunge-Montes S, Rivera C, Jimenez-Zambrano A, Heinrichs G, Scarbro S, et al. Delivery of home-based postpartum contraception in rural Guatemalan women: a cluster-randomized trial protocol. *Trials*. 2019; 20(1):639
32. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
33. MCDonald E, Brown E. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG*. 2013; 120(7):823-30.
34. Gennep AV. Os ritos de passagem. 2a ed. Ferreira M, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2011.
35. Pombo M. Crise do patriarcado e função paterna: um debate atual na psicanálise. *Psicol Clin*. 2018; 30(3):447-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A03>.
36. Campos LMC, Gomes NPG, Santana JD, Cruz MA, Gomes NP, Pedreira LC. A violência conjugal expressa durante a gestação e puerpério: o discurso de mulheres. *Reme Rev Min Enferm*. 2019; 23:1230. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190078>.



This qualitative study aimed to understand the challenges faced by health professionals when carrying out sexual and reproductive education actions during the puerperium in the context of Primary Care. Interviews were conducted with the health team of a Family Health Unit in an inland city of the state of São Paulo. The analysis was carried out by means of the analysis of meanings and showed that the gender discussion and cultural aspects influence the way in which the theme is approached. Furthermore, there is resistance in the sphere of management, manifested in lack of investments in human and material resources that could favor problematization and awareness-raising about the role of Primary Care in guaranteeing women's sexual and reproductive rights in the puerperium.

Keywords: Postpartum period. Contraception. Women's health. Sexual and reproductive rights. Gender and health.

Estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender los desafíos de profesionales de salud para la realización de acciones de educación sexual y reproductiva durante el puerperio en el contexto de la Atención Primaria. Se realizaron entrevistas con el equipo de salud de una Unidad de Salud de la Familia en un municipio del interior del Estado de São Paulo. El análisis se dirigió por medio del análisis de los sentidos. Quedó en evidencia que la discusión de género y aspectos culturales influyen sobre la forma del abordaje de la temática, además de haber resistencias en la esfera de la gestión, en la falta de inversión en recursos humanos y materiales que favorezcan la problematización y sensibilización sobre el papel de la atención primaria para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el período puerperal.

Palabras clave: Período post parto. Anticoncepción. Salud de la mujer. Derechos sexuales y reproductivos. Género y salud.