

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**LUCIANA FRANCISCO LUJAN**

**ACONSELHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE MULHERES EM  
CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**São Carlos-SP  
2018**

**ACONSELHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE MULHERES EM  
CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**LUCIANA FRANCISCO LUJAN**

**ACONSELHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE MULHERES**  
**EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS**  
**PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, Campus São Carlos, para obtenção do título de mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Carbol  
Co-Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari

**São Carlos-SP**  
**2018**

Lujan, Luciana Francisco

Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo de Mulheres em Condições de Vulnerabilidade, segundo a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família / Luciana Francisco Lujan. – 2018.  
88 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Maristela Carbol

Banca examinadora: Maria Célia Mendes, Aline Guerra Aquilante

Bibliografia

1. Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo. 2. Vulnerabilidade. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Francisco Lujan

**“Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo de Mulheres em Condições de Vulnerabilidade, segundo a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 26/09/2018

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maristela Carbol - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Célia Mendes – FMRP-USP

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Aline Guerra Aquilante - UFSCar

## DEDICATÓRIA

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.*

*É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura Enquanto durar”.*

(Cora Coralina)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu o dom da vida permitindo que aqui chegasse para seguir em frente sem desistir diante das dificuldades.

À minha mãe Sonia, pelo carinho e compreensão nos momentos em que me ausentei para os estudos.

Aos meus irmãos, Juliana e Ricardo, companheiros e participantes de tudo o que realizo.

À minha prima Fabiana, pelo auxílio com as referências bibliográficas e conselhos importantes que me fortaleceram no decorrer dos estudos.

À amiga Delta sempre presente, pelo apoio e estímulo constantes que contribuíram para que eu conseguisse trilhar todas as etapas dessa conquista.

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos que viabilizou a realização desta pesquisa.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família que concordaram em participar desta pesquisa e compartilharem suas experiências.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Maristela Carbol por sua paciência, seu tempo despendido, e por compartilhar conhecimentos e apoio que me incentivaram na construção e concretização da dissertação.

Agradeço à minha co-orientadora Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari, pelo acompanhamento e suporte durante esse processo.

Agradeço aos professores do programa e das bancas de Qualificação e Defesa, pelas reflexões e aprendizagem.

Às funcionárias da Pós-Graduação em Gestão da Clínica que se mostraram sempre receptivas e disponíveis para auxiliar no que fosse necessário.

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo e vivências compartilhadas.

A todos vocês minha eterna gratidão.

## RESUMO

O planejamento reprodutivo é uma temática amplamente discutida nos programas de política de saúde do Brasil. Por fundamentar-se em ações de prevenção, promoção, informação e educação em saúde, diz respeito especialmente à Atenção Básica (AB). Ao reconhecer à proteção especial às mulheres em situação de maior vulnerabilidade, inclui nas ações dos profissionais de saúde, o aconselhamento como espaço integrador do cuidado. Enquanto assistente social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e membro integrante do grupo técnico do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP, pude observar as ações dos profissionais de saúde da AB envolvidos no planejamento reprodutivo. Esta pesquisa foi delineada, a partir dessas vivências, com o objetivo de analisar o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade nas Unidades de Saúde da Família (USF), segundo a percepção dos médicos e enfermeiros. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. Os participantes foram médicos e enfermeiros das USFs de São Carlos/SP. A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2017, por meio de entrevista semi-estruturada aberta. A partir do material coletado, das deduções realizadas e da perspectiva do referencial teórico, realizou-se a análise por categorias temáticas. Dos 26 participantes, verificou-se que 42% tinham entre 38 e 47 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino e com atuação em USF acima de cinco anos. Com os relatos dos entrevistados foi possível constatar que existe uma relação complexa e singular no aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade, evidenciando-se duas categorias analíticas: fatores desencadeantes da vulnerabilidade e o aconselhamento em planejamento reprodutivo e respectivas particularidades da vulnerabilidade. Os entrevistados, ao reconhecerem os fatores que produzem vulnerabilidade e que influenciam o processo saúde-doença, apontaram ser imprescindível um olhar ampliado ao aconselhamento em planejamento reprodutivo dessas mulheres para produzir um cuidado em saúde mais eficaz. Através da organização do processo de trabalho é possível consolidar o aconselhamento em planejamento reprodutivo como um espaço de produção de novas práticas e de desenvolvimento de novas tecnologias na área da saúde da mulher. Concluiu-se que os médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) identificaram mulheres em condições de vulnerabilidade que vivenciam de maneira desigual e em desvantagem os fatores socioeconômico, histórico-cultural e político. Para realizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo, os profissionais têm utilizado dispositivos e arranjos de gestão do cuidado e da clínica ampliada.

**Palavras-chave:** Planejamento Reprodutivo. Aconselhamento. Vulnerabilidade. Clínica Ampliada. Estratégia Saúde da Família.



## ABSTRACT

The reproductive planning is a thematic widely discussed in the health political programs in Brazil. For substantiating itself in preventive actions, promotion, information and health education, it pertains respect especially to Basic Attention (AB). Recognizing to special protection women in greater vulnerability situation includes, in the health professional actions, the counseling as a caution integrated space. As a social assistant of the Support Core to Family Health (NASF) as well as an integral member of the technical group in reproductive planning for surgical sterilization at São Carlos/SP Municipal Secretary of Health, I could watch the actions of health professionals from AB involved in the reproductive planning. This research was delineated from these experiences aiming the analysis of the reproductive planning counseling of women in vulnerability conditions in the Families Health Unities (FHU), according to the doctors and nurses' perception. It is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. The members were doctors and nurses of São Carlos/SP FHUs. The data collection occurred in the first period from March to June 2017, by a semi-structured open interview. From the collected material, considering accomplished deductions and theoretical referential perspective as well, the analysis was accomplished by thematic categories. It has been observed that 26 participants were from 38 to 47 years old, being most of them female and having a performance at FHU of over five years. Through the interviewed stories it was possible to verify that there is a singular and complex relationship in the reproductive planning counseling of women in vulnerability conditions, evidencing two analytical categories: triggering factors of vulnerability and reproductive planning counseling and the vulnerability particularities. The interviewed ones, by recognizing factors that not only produce vulnerability but also bring influences to the health-sickness process, pointed out being indispensable an extended look in the reproductive planning counseling of this women to produce more effective health care. Through the organization process of work, it is possible to consolidate the reproductive planning counseling as a production space of new practices and development of new technologies at the woman health area. It was concluded that the doctors and nurses from Family Health Strategy (FHS) identified women in vulnerability conditions that experience an uneven way and are in disadvantage of socioeconomic, cultural historic and political factors. To perform the reproductive planning, the professionals have used management devices and arrangements of care and extended clinic.

**Keywords:** Reproductive Planning. Counseling. Vulnerability. Extended Clinic. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Departamento Regional de Saúde III.....	33
Figura 2 – Administrações Regionais de Saúde.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	39
Tabela 2 – Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significado evidenciado no discurso dos participantes.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARES	Administração Regional de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DGCA	Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
EAM	Equipe de Apoio Matricial
EPS	Educação Permanente em Saúde
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PANAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PM	Prefeitura Municipal
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RASEAM	Relatório Anual Socioeconômico da Mulher
SAUBS	Seção de Apoio às Unidades Básicas de Saúde

SAUSF	Seção de Apoio às Unidades de Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEP	Centro Universitário Central Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Vulnerabilidade: um olhar para as situações que vivem os diferentes grupos populacionais.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo na ESF.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>6.2</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>6.3</b>	<b>Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>35</b>
<b>6.4</b>	<b>Critérios de Seleção.....</b>	<b>35</b>
<b>6.5</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>35</b>
<b>6.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>36</b>
<b>6.7</b>	<b>Análise de Dados.....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7.1</b>	<b>Caracterização Sociodemográfica.....</b>	<b>39</b>
<b>7.2</b>	<b>Categorias Analíticas.....</b>	<b>41</b>
<b>7.2.1</b>	<b>Fatores desencadeantes da Vulnerabilidade.....</b>	<b>42</b>
<b>7.2.2</b>	<b>Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo e respectivas Particularidades da Vulnerabilidade.....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXO A - Carta de Autorização Institucional.....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da UFSCar.....</b>	<b>86</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP/Franca), especialista na área de Saúde e Reabilitação pelo Hospital de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo-HRAC-USP/Bauru, e em Saúde da Família e da Comunidade pelo Centro Universitário Central Paulista-UNICEP/São Carlos.

Desde a graduação me interessei em estudar a Política de Saúde e as particularidades do Serviço Social nessa área, pois compreendo que como parte da seguridade social, a saúde é uma questão fundamental na discussão das garantias e dos direitos sociais.

Concernente à experiência profissional, minha trajetória na política de saúde se dá há 16 anos, através de práticas e conhecimentos desenvolvidos na atenção da Alta e Média Complexidade e na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

No decorrer desse percurso fui me aprimorando e aproximando cada vez mais de ações que se voltam para a promoção da cidadania, articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde bem como formação de redes de proteção social. Ações estas, que estão presentes em espaços latentes de determinações sociais e que se expressam no cotidiano das USFs.

Assim, a motivação para realização desta pesquisa nasce em 2012 com a minha inserção na ESF compondo a equipe do NASF - Regional Cidade Aracy, do município de São Carlos/SP.

Através das atividades desenvolvidas juntamente com os demais profissionais da Equipe de Apoio Matricial e das Equipes de Referência, foi possível conhecer estratégias que ampliam o conceito da clínica e desenvolver uma nova metodologia de trabalho para gestão do cuidado em saúde.

Essa experiência possibilitou um maior envolvimento com a área da saúde da mulher, e, ao conhecer as vulnerabilidades e especificidades da população feminina no território, foi possível construir intervenções conjuntas com as equipes da ESF, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento reprodutivo e da saúde mental.

Com essa vivência, foi possível aceitar o desafio de ampliar a intervenção social acerca das políticas e das práticas de saúde e integrar em 2015 ao Grupo Técnico de Planejamento Reprodutivo para Esterilização Cirúrgica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP, para aconselhar e promover a reflexão de candidatos ou casal que caminhavam para a tomada de decisão da esterilização cirúrgica.

Foram experiências práticas e reflexivas que possibilitaram ingressar em 2016 no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica oferecido pela UFSCar.

Desde 2017 estou atuando como Supervisora do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e, cotidianamente, busco aplicar o conhecimento apreendido no mestrado quanto a Gestão da Clínica e aos instrumentos de intervenção que esta abordagem propõe, e realizar reflexões sobre saúde sexual e reprodutiva nesse serviço de saúde.

Desse modo, o mestrado me oportunizou crescimento pessoal e profissional, permitindo vislumbrar impactos positivos na relação conhecimento-trabalho e repercussões decorrentes desse processo para a coletividade, bem como despertar o desejo de seguir docência em universidades.



## 2 INTRODUÇÃO

A atenção em planejamento familiar é uma temática sempre atual e amplamente discutida nos programas de política de saúde do Brasil (SILVA, 2011; BRASIL, 2016).

Já fez parte de várias discussões de movimentos sociais, sendo que um acontecimento importante neste contexto foi o anúncio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o qual ampliou as ações que eram focadas no ciclo gravídico-puerperal, incorporando questões relativas à saúde sexual e reprodutiva em todas as fases do ciclo de vida (BRASIL, 1984; COSTA, 2009).

Na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos, a Constituição de 1988, artigo 226 parágrafo 7º, fundamentou o planejamento familiar da seguinte forma:

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

Em 1996 a Lei nº 9.263/96 regulamentou o planejamento familiar no Brasil (BRASIL, 1996) e a partir de sua promulgação, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com outras instâncias gestoras da saúde e entidades da sociedade, têm desenvolvido políticas e programas no sentido de garantir o acesso igualitário a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos, visando à prevenção e promoção de ações que assegurem a prática de atendimento à saúde sexual e reprodutiva (SILVA, 2011).

Ainda dentro deste contexto histórico, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004; a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de 2005; o Pacto pela Saúde de 2006 - firmado entre os gestores do SUS, onde a temática saúde da mulher se faz presente no Pacto pela Vida, encontrando-se claramente listado no campo das seis prioridades pactuadas pelo referido Pacto; e o Programa Mais Saúde: Direito de Todos de 2007 - que contempla medidas de expansão das ações de planejamento reprodutivo; instituíram instrumentos normativos e legais para a efetivação do planejamento familiar (BRASIL, 2006, 2008; SOUZA; COSTA, 2010; BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Planejamento Familiar criada em 2007 consiste, sobretudo, em ações de prevenção de agravos, promoção, informação, educação e vigilância em saúde e de fortalecimento do direito à saúde sexual e reprodutiva com princípios de igualdade, do respeito às diferenças e do pleno exercício da cidadania e, nesse sentido, é uma das áreas de atuação da AB (BRASIL, 2007, 2011; SILVA, 2011; LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

Seguindo os princípios fundadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade, a AB fica concebida como porta de entrada para a rede de atenção à saúde bem como elemento-chave para prestação de uma assistência integral. Nesse sentido, o MS em 1994, propondo o fortalecimento da AB no Brasil, institui o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado de ESF, como um importante método para a reorientação do modelo assistencial (FARIA et al., 2010; BRASIL, 2012).

Entre as diversas áreas de atuação da ESF, a atenção integral à saúde da mulher constitui-se como uma das prioridades no processo de trabalho das equipes de saúde, devendo os programas de prevenção do câncer do colo do útero e da mama, planejamento reprodutivo, pré-natal e ainda ações relacionadas à redução de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/Aids, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades da população feminina, serem amplamente conhecidos pelos diversos profissionais da AB (BRASIL, 2010, 2011, 2016).

Para a eficácia da assistência, o trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização da prática no âmbito da AB e se constitui na estruturação da ESF com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgiões-dentista e técnicos/auxiliares em saúde bucal. Vale lembrar da importância do trabalho em equipe, também, na formulação do NASF, que atua de maneira integrada e apoia os profissionais da ESF (BRASIL, 2010, 2012).

A articulação e interação entre os diferentes profissionais da ESF, frente a um contexto sociocultural e econômico complexo e dinâmico, tornam-se um importante instrumento de intervenção, já que as ações se estruturam a partir da equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

As equipes de saúde, no seu cotidiano, se deparam com situações de desigualdades sociais e opressão de classe, desigualdades de gênero, de geração, de raça/etnia e de orientação sexual, que são determinantes sociais das condições de saúde que influenciam o grau de vulnerabilidade das mulheres, tornando-as mais suscetíveis a uma série de doenças ou agravos, pois possuem menos disponibilidade de recursos pessoais para a sua proteção (BRASIL, 2010; AYRES et al., 2012).

O reconhecimento da mulher, em condição de vulnerabilidades pelas equipes de saúde, pode iniciar a construção de uma proposta de cuidado mais eficaz, fortalecendo a resolubilidade dos problemas desta população na rede de atenção à saúde.

São consideradas mulheres especiais e vulneráveis, aquelas portadoras da infecção pelo HIV/Aids entre outras ISTs, mulheres adolescentes, mulheres e adolescentes em situação

de violência doméstica e sexual, portadoras de transtornos mentais, mulheres negras, idosas, indígenas, residentes em locais de difícil acesso, presidiárias, de orientação homossexual, dentre outras (BRASIL, 2013).

Nesta direção a PNAISM propôs que fossem introduzidas ações mais específicas voltadas a essas populações, enfatizando a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento reprodutivo, da atenção ao abortamento, do combate à violência doméstica e sexual, e do cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério. Essa política agregou também a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo o transtorno mental (BRASIL, 2011).

No campo da saúde da mulher em condições de vulnerabilidade, as ações de planejamento reprodutivo precisam abranger as particularidades desses diferentes grupos populacionais em sua realidade social, econômica, cultural e afetiva, para resultar de fato na melhoria de suas condições de vida e saúde (BRASIL, 2013).

O planejamento reprodutivo deve garantir o direito dessas mulheres, como de qualquer outra de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação (BRASIL, 2009, 2013).

Para a efetivação deste tipo de assistência, os profissionais de saúde precisam se envolver em atividades de aconselhamento, que visam orientar as mulheres por meio de um conjunto de ações e atitudes clínicas e práticas em saúde quanto à concepção e aos métodos contraceptivos reversíveis e irreversíveis disponíveis, enfatizando a eficácia, os efeitos colaterais, as vantagens e desvantagens de cada método (BRASIL, 2013, 2014).

O aconselhamento pode ser pensado como um momento educativo e constitui-se como espaço integrador do cuidado, buscando fortalecer as relações e o diálogo entre os profissionais de saúde e as mulheres com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada (PATRIOTA; MIRANDA, 2011).

No âmbito da atuação profissional, o aconselhamento é uma prática preventiva ampla que contribui para promover e elevar a qualidade das ações educativas em saúde, podendo ser desenvolvido em vários momentos da atenção às mulheres (PATRIOTA; MIRANDA, 2011; FALKENBERG et al., 2014). Desta forma, o aconselhador necessita reavaliar suas atitudes e valores, adquirir habilidade de comunicação e ter conhecimento das características da

população que vai atender para fundamentar e direcionar as suas ações de forma coerente e consistente (BRASIL, 2002a; BARBOSA et al., 2015).

Para mulheres em condições de vulnerabilidade, o aconselhamento em planejamento reprodutivo precisa ser ressignificado pelos profissionais de saúde, de forma que o processo educativo se pautem em dispositivos e arranjos de gestão, dentre eles o acolhimento, o vínculo, e o projeto terapêutico junto com as pacientes, familiares e equipe de saúde, que, em conformidade com a singularidade de cada caso, possibilitam qualificar e ampliar o acesso do cuidado em saúde (BRASIL, 2009, 2010).

Refletindo sobre os diversos significados que a saúde sexual e reprodutiva possa trazer para cada mulher, em seus diferentes momentos e condições de vida, é necessário desenvolver uma prática de saúde voltada à melhoria do autocuidado feminino, a fim de proporcionar que elas tomem decisões para uma vida mais saudável (ALVES; AERTS, 2011; BRASIL, 2013).

Assim, o planejamento reprodutivo deve fazer parte de um processo de cuidado, em uma lógica distinta da mera oferta de métodos contraceptivos, e ampliar-se como objeto de política pública, com vistas a garantir o direito de escolhas reprodutivas autônomas, com atenção para as mulheres em condição de vulnerabilidade, porque de fato, tais políticas não as protegem como deveriam (COSTA; GUILHEN; SILVER, 2006; BAUM et al., 2016).

Apesar de todos os avanços conquistados nas políticas sobre a saúde das mulheres, ao promover sua corresponsabilidade referente à saúde reprodutiva, as mulheres em sua diversidade, ainda não desfrutam da garantia dos seus direitos (BRASIL, 2013; BAUM et al., 2016).

Analisando a publicação do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – (RASEAM) realizada em 2015, nota-se que ainda temos um caminho a ser percorrido para que alcancemos a plena e efetiva igualdade de gênero na sociedade brasileira, assim como as importantes disparidades que permanecem na saúde da mulher, para que, de fato, todas possam se beneficiar de maneira equitativa dos avanços na área da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2015).

Em síntese, estudar a percepção dos profissionais da ESF no aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade significa poder contribuir com reflexões que incentivem a promoção da democracia nas políticas e programas de planejamento reprodutivo.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Vulnerabilidade: um olhar para as situações que vivem os diferentes grupos populacionais**

O tema vulnerabilidade, inicialmente, emerge de forma mais significativa atrelado ao conceito de pobreza e ao fator econômico, que, apesar de ser um determinante social importante e identificar os setores mais desprovidos da população, desconsiderava as relações sociais e o contexto nos quais os indivíduos estavam inseridos (ABRAMOVAY et al., 2002).

A vulnerabilidade era o resultado da exposição aos riscos, associada a uma incapacidade de resposta à privação do indivíduo, já que se referia apenas à mensuração da renda monetária (VIGNOLI, 2006).

Num aspecto mais amplo, a vulnerabilidade está vinculada à escassa disponibilidade de recursos materiais e capacidade dos atores sociais se desenvolverem em sociedade, bem como na falta de acesso às estruturas oferecidas pelo mercado, estado ou sociedade, que reduzem as oportunidades de ascensão a maiores níveis de bem estar (FILGUEIRA, 2001; ABRAMOVAY et al., 2002; VIGNOLI, 2006).

Assim, a vulnerabilidade envolve um vasto espectro de condições como o desemprego; dificuldades de inserção social; violência e enfermidades, de forma que surgem diferentes desafios para o seu enfrentamento (VIGNOLI, 2006).

Tais reflexões integram o complexo campo conceitual da vulnerabilidade com seus diferentes fatores multicausais e em suas várias dimensões, podendo voltar-se para o aspecto social, ambiental, da saúde, de direitos, dentre outras, a depender da área em que for empregada (ABRAMOVAY et al., 2002; VIGNOLI, 2006).

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade ganha profundidade com o advento do HIV/Aids na superação da noção de risco das pessoas ao adoecimento, como resultante de escolhas individuais, compreendendo que a suscetibilidade dos indivíduos a determinados agravos de saúde envolve sua relação com a coletividade e o seu contexto social (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993; AYRES et al., 1999).

Essa perspectiva analítica permite considerar o sujeito em seus aspectos subjetivos e valorizar o meio em que está inserido, oportunizando a renovação das práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, com ação interdisciplinar e intersetorial (AYRES et al., 2011).

Para a análise das situações de saúde, as diferentes condições de vulnerabilidade dos sujeitos individuais e coletivos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três

componentes interligados: o individual, a programática e o social. Esses três componentes, articulados entre si, tornam-se constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade, que prioriza análises e intervenções multidimensionais e consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas (HOGAN; MARANDOLA, 2006; AYRES et al., 2011).

A vulnerabilidade individual refere-se às condições cognitiva, comportamental, social e subjetiva que os indivíduos dispõem de receber informações sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática do cotidiano, para transformar comportamentos que os tornariam predispostos aos agravos (AYRES et al., 2011).

A vulnerabilidade programática ou institucional mantém relação direta com as políticas públicas e o compromisso das instituições em seus diferentes níveis de atenção, na organização de ações preconizadas para a prevenção e no controle dos agravos, contemplando o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. De modo efetivo e democrático responde com recursos sociais de que as pessoas necessitam para se protegerem das enfermidades (AYRES et al., 2011).

A vulnerabilidade social diz respeito às condições coletivas e sociais e integra o processo saúde-doença, de modo que as referências culturais e políticas, entre outras, incidam sobre os sujeitos e em sua maneira de viver em sociedade. Logo, aspectos como relações de gênero; recursos financeiros; crenças religiosas; diretrizes governamentais; escolarização e obtenção das informações passam a contribuir para o entendimento sobre os comportamentos dos indivíduos frente às práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular (AYRES et al., 2011).

Esses componentes podem ser tomados como proposições para ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões úteis, inclusive para a formulação de políticas de saúde, garantindo a inclusão de grupos populacionais que vivem situações de maior vulnerabilidade, por serem estigmatizados e excluídos socialmente (BRASIL, 2006; AYRES; FRANÇA JR; PAIVA, 2012).

A vulnerabilidade compreende os riscos de forma integrada e contextualizada, trazendo à tona as dimensões éticas, políticas e técnicas, que adequam a distribuição dos riscos que emergem nos territórios, com estruturas de poder e distribuição de recursos existentes, bem como a capacidade das populações de enfrentá-los (PORTO, 2007; AYRES; FRANÇA JR; PAIVA, 2012).

Os estudos sobre vulnerabilidade enriquecem um conjunto de preocupações e proposições, permitindo um embasamento para as particularidades das práticas em saúde, principalmente, na saúde coletiva. Para entender e exercer as complexas relações presentes no processo saúde-doença é preciso dialogar com outros campos do saber, que podem auxiliar na abordagem dos contextos relativos ao indivíduo-coletivo (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010; AYRES et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem considerar que a vulnerabilidade inclui a detecção das fragilidades somada à capacidade de enfrentamento dos agravos de saúde. Mais do que realizar atendimentos, é preciso construir processos educativos que possam, de fato, fazer sentido às pessoas em sua singularidade e ampliar a autonomia delas para que superem as situações estruturais, que as tornam suscetíveis ao adoecimento (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; FIGUEIREDO; FURLAN, 2010).

Tais abordagens são relevantes para o conhecimento das situações de vida da população que será atendida nos serviços de saúde pública, criando uma cultura de prevenção, que vise equidade e melhoria da qualidade de vida, com ações de redução da vulnerabilidade, tendo a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos, usuários e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006; VALADÃO, 2008).

Por isso, discussões sobre vulnerabilidade dentro do campo da saúde pública devem ser estimuladas para redirecionar as ações no âmbito das práticas de prevenção e promoção da saúde, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender (SANCHEZ; BERTOLOZZ, 2007; OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

### **3.2 Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo na ESF**

Com a proposta de reorganizar todo o sistema de saúde no país e consolidar os princípios do SUS, a ESF foi implantada enfatizando a visão ampliada do ser humano e do processo saúde-doença na atenção integral (BRASIL, 2012).

As propostas da ESF para garantir maior resolutividade e integralidade do cuidado visam diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos terapêuticos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, com o objetivo de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL 2012; FERTONANI et al., 2015).

A ESF possui como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doença incapacitante e morte), mas, sobretudo, atuar sobre as causas (vulnerabilidades como condições de vida, trabalho e lazer) (BRASIL, 2012).

Nessa estratégia, os profissionais das USFs e a gestão pública devem estar preparados para reconhecer as diferenças socioculturais, desigualdades de raça e etnia, geração e classe social e de gênero, que demandam práticas assistenciais de inclusão diferenciada para corrigir as desigualdades e prover uma assistência equânime (STREFLING et al., 2013; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2017).

O planejamento reprodutivo está entre umas das prioridades da atenção à saúde da mulher na AB, devendo ser ofertado de forma integrada por meio de atividades de educação em saúde, atividades clínicas e de aconselhamento, envolvendo todos os aspectos da vida e saúde da mulher (BRASIL, 2013; PAIVA et al., 2015).

As atividades de educação em saúde possibilitam interferir no processo saúde-doença da população como forma de ampliar a autonomia e a capacidade na construção do cuidado das pessoas e da coletividade do território (BRASIL, 2012; FERTONANI et al., 2015).

Dentro do planejamento reprodutivo, estas atividades oferecem informações necessárias para a escolha dos métodos contraceptivos mais apropriados à realidade de cada mulher e fomentam reflexões sobre os variados temas relacionados à prática da concepção e anticoncepção (BRASIL, 2013; BEZERRA et al., 2018).

As atividades clínicas incluem anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para anticoncepção (BRASIL, 2009, 2013).

O aconselhamento coloca-se como etapa fundamental para a materialização da assistência aos direitos sexuais e reprodutivos, pois faz a identificação e acolhimento das necessidades de saúde da mulher, do homem ou do casal sobre as ansiedades e receios relacionados às questões de planejamento reprodutivo e realiza abordagem proativa com questionamentos que facilitam a reflexão e a superação das dificuldades sobre as escolhas contraceptivas (BRASIL, 2009, 2013).

Em conformidade com os princípios adotados pelo programa de saúde da família, o aconselhamento propõe resgatar o modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade (BEZERRA et al., 2018).



Esta prática se estabelece por meio do diálogo, baseado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre o profissional de saúde e as mulheres. Pressupõe como fundamento o caráter confidencial, sigilo das informações e consentimento informado e esclarecido em suas finalidades, em ambiente protegido para garantia da privacidade (BRASIL, 2010).

Considera-se indispensável para um bom aconselhamento, capacitações tanto específicas e tecnicamente corretas em planejamento reprodutivo, a partir das atribuições estabelecidas por categoria profissional, como com assuntos que envolvam os contextos sociais e as desigualdades que influenciam a saúde feminina, para que possam ser dadas respostas às particularidades que as comprometam (BRASIL, 2002b, 2013; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2017).

Assim, habilidades e saberes são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de aconselhamento a essas usuárias, fornecendo subsídios para que elas possam se corresponsabilizar pelo seu cuidado e pela sua vida e consigam enfrentar de maneira realista os seus problemas, bem como usufruir do exercício pleno de sua sexualidade e vida reprodutiva (BRASIL, 2006, 2009).

Destaca-se que o aconselhamento não deva ser utilizado como uma prescrição ou mero instrumento de coleta de dados e repasse de informações, substituindo a relação/vínculo com a usuária e muito menos inibindo a expressão de sentimentos e dúvidas (BRASIL, 2006).

Trata-se de um cuidado compartilhado, que transforma o contexto do exercício profissional, já que implica na reflexão sobre valores, atitudes e condutas. O planejamento de ações conjuntas com as usuárias, família, equipe de saúde e instituições facilitam lidar com questões emergentes e complexas que aparecem no cotidiano das práticas assistenciais (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999; BRASIL, 2006; AYRES; KALICHMAN, 2016).

O processo de aconselhamento pressupõe o uso de dispositivos de cuidado como a capacidade de comunicação eficaz e o exercício de acolhimento e vínculo por legitimarem e fortalecerem o campo das relações interpessoais que se estabelecem nas ações de planejamento reprodutivo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; BRASIL, 2013).

A comunicação diz respeito às informações do ponto de vista técnico a serem transmitidas de maneira clara, objetiva e em conformidade com o estilo de vida das usuárias. Para que os termos científicos não sejam um obstáculo à compreensão das informações, pode-se buscar a adequação da linguagem e lançar mão de analogias, metáforas, expressões populares e sinônimos (BRASIL, 1999).

O acolhimento destaca a qualidade do diálogo e da escuta, assegurando o estabelecimento de vínculo para que as consultas subsequentes se realizem de forma ativa e resolutive. Implica no envolvimento dos profissionais de saúde com as usuárias, ouvindo suas preocupações, dúvidas e angústias, como expectativas relacionadas às questões de planejamento reprodutivo para garantir uma atenção mais humana e cidadã (CARVALHO; CUNHA, 2012; BRASIL, 2013; AYRES; SATO, 2015).

O vínculo se estabelece a partir do momento em que o profissional de saúde se interessa pela usuária, reconhecendo a sua singularidade e a realidade de vida com suas reais necessidades. Desse modo, as usuárias se apresentam mais acessíveis aos questionamentos, diálogo e às orientações profissionais, o que proporciona um cuidado mais abrangente ao longo do tempo (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012; CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Na perspectiva da multidimensionalidade do ser humano, o aconselhamento em planejamento reprodutivo envolve as relações sociais e subjetivas, de forma a abranger o conhecimento do profissional e a abertura de espaços de escuta ativa para negociar e incluir o saber, o pensar e o sentir de cada usuária, para que possam participar das decisões sobre o próprio cuidado, sem evitar os desafios emocionais, sociais, culturais e econômicos, na lógica da co-construção do cuidado (BRASIL, 1999; MATTOS, 2004; PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011; BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

Uma vez estabelecido os dispositivos de cuidado, vale apontar que para uma assertividade maior no aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade, uma estratégia a ser utilizada são os dispositivos e arranjos de gestão da clínica ampliada, devido ao seu potencial em impactar na qualidade das práticas de atenção integral à saúde, na organização dos processos de trabalho das equipes e na relação destas com as usuárias, para que se tornem autoras de suas próprias escolhas (BRASIL, 2002b; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; BRASIL, 2009).

A compreensão da clínica ampliada permite aos profissionais de saúde lidar com a complexidade do processo saúde-doença e regular o processo de trabalho, intervindo sob a lógica da terapêutica longitudinal, que favorece a atitude de escuta, o lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos (CUNHA, 2010; CAMPOS, 2012; BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

Ao reconhecer os diferentes saberes que se estabelecem nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas, podem surgir sensações agradáveis ou não, mas que existem e precisam ser consideradas para um melhor desenvolvimento da produção do

cuidado e ampliação do grau de autonomia e autocuidado das pessoas (BRASIL, 2009, 2010; CAMPOS, 2012).

Neste sentido, o fazer compartilhado torna-se mais potente do que o individual, tendo a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a Equipe de Referência (ER) e de Apoio Matricial (EAM) como dispositivos resolutivos e significativos para essa condução (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2010).

O PTS destaca a singularidade como elemento central de articulação do cuidado aplicado aos sujeitos ou famílias. É um modelo institucional que as equipes de saúde possuem para realizar as discussões de casos clínicos, de situações mais complexas e onde haja maior vulnerabilidade. Tendo em vista à interdisciplinaridade, haverá uma avaliação de risco para se definir intervenções, tarefas e responsabilidades para o seguimento do cuidado (CARVALHO; CUNHA, 2012).

Esta proposta diferencia-se das discussões de casos clínicos, nas quais os profissionais trocam apenas informações sobre a problemática, já que leva em consideração uma atuação integrada da equipe de saúde que favorece não somente o diagnóstico e o tratamento, mas aspectos políticos, sociais, históricos e culturais dos sujeitos (CARVALHO; CUNHA, 2012).

Sendo o PTS entendido como uma metodologia para a educação de pessoas, ele deve ser praticado no cotidiano do trabalho em saúde, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial dos usuários e sob a lógica de troca de saberes, implicando em ganho aos participantes desse processo, que é o aprender a ensinar (CARVALHO; CUNHA, 2012). Além disso, permite a compreensão da relação que se estabelece no dia a dia da vida dos sujeitos, considerando a construção do seu processo saúde-doença e a resolução de problemas que estão relacionados às mudanças em sua vida, despertando assim, a percepção da sua autonomia para administrar seus próprios conflitos, compreender e agir sobre si mesmo e sobre o seu contexto (CUNHA, 2010; CAMPOS, 2012).

A ER reúne profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço de saúde para trabalhar com a população adstrita, sob a qual possui responsabilidade clínico-sanitária (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2010; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Trata-se de um arranjo organizativo e gerencial que parte da suposição de que a reordenação do trabalho em saúde leva em consideração o vínculo entre os trabalhadores e os sujeitos que passam a contar com um profissional de Referência.

Este profissional torna-se o responsável pelo gerenciamento do cuidado, evolução do problema, da busca ativa e do fluxo desse sujeito no sistema, cumprindo com o seu plano de cuidado. Quando necessário, utiliza-se de outras tecnologias, tais como: consultas individuais,

ações educativas, atendimento domiciliar e o acolhimento, para que a condução dos problemas de saúde dos sujeitos seja efetivada (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010).

O profissional de referência ocupa-se também de acionar a rede assistencial e a EAM para garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso e com a responsabilidade de assegurar a integralidade na atenção (BRASIL, 2009; CUNHA, 2010; CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial pode ser definido como suporte assistencial técnico-pedagógico para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada. Pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com elas (discussões clínicas e intervenções concretas através de consultas, atendimento domiciliares, atendimentos individuais compartilhados e grupos) (CUNHA; CAMPOS, 2011; FIGUEIREDO, 2012).

Os apoiadores matriciais podem ainda contribuir para o aumento da capacidade resolutive das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada que contemple a complexidade da vida das pessoas e, assim, proporcionar coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada pessoa, promovendo maior equidade e ampliando o acesso às demandas de maior gravidade nas USFs e na rede intersetorial e de atenção á saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS et al., 2014).

Desta forma, é possível refletir estes recursos teóricos e tecnológicos para desenvolver as ações de aconselhamento, pois valorizam a humanização na atenção e na gestão em saúde.

Com a clínica ampliada torna-se possível construir novas oportunidades para o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade que poderiam ser perdidas se essas atividades se restringissem apenas ao atendimento individual na ESF.

#### 4 JUSTIFICATIVA

O planejamento reprodutivo faz parte dos direitos sexual e reprodutivo das pessoas e consiste no exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida (BRASIL, 2010).

Trata-se de uma assistência fundamental para a dignidade humana e uma ação básica de saúde que deve ser ofertada pelas equipes da ESF, competindo aos seus profissionais de saúde desenvolver o aconselhamento em planejamento reprodutivo, considerando o contexto de vida de cada mulher, com um olhar mais criterioso àquelas mais vulneráveis, segundo diferenciais que envolvam o seu estilo de vida, as condições socioeconômicas culturais, o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Como assistente social do NASF e membro integrante do grupo técnico do planejamento reprodutivo para esterilização cirúrgica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP, foi possível aprender, nessa vivência profissional, as vulnerabilidades e especificidades da população feminina e observar as ações dos profissionais de saúde da AB envolvidos no planejamento reprodutivo.

A Defensoria Pública do município de São Carlos direcionou aos gestores e profissionais a Nota Técnica Conjunta MDS/MS n° 001/15 que dispunha sobre diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em condição de vulnerabilidade, bem como de seus filhos recém-nascidos. Entre outros aspectos, ressaltava-se a importância de promover ações de planejamento sexual e reprodutivo e adequações quanto à atuação dos serviços de saúde no cuidado a esse público feminino, para garantia de seus direitos além de acesso a serviços públicos de qualidade, conforme suas demandas (BRASIL, 2015).

Apesar dos direitos dessas mulheres estarem assegurados nas legislações, nem sempre as estratégias de cuidado com novos hábitos e condutas nos processos de trabalho dos profissionais para direcionar ações de saúde que acolham e vinculem esse grupo populacional a AB estão garantidos.

Por tais razões e com o intuito futuro de melhorar a qualidade do cuidado e da organização dos processos de trabalho dos profissionais de saúde da AB, surgiu o interesse de analisar como tem acontecido o aconselhamento em planejamento reprodutivo, no cotidiano das práticas de saúde da população feminina em condições de vulnerabilidade, nas USFs do município de São Carlos.

Além disso, poucos estudos e fonte de dados relativos às mulheres em vulnerabilidade são visibilizados em pesquisas e em sistemas de indicadores, motivando ainda mais realizar essa pesquisa para contribuir com esta deficiência.

## **5 OBJETIVO**

Analisar o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade nas Unidades de Saúde da Família, segundo a percepção dos médicos e enfermeiros.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva busca observar, registrar e analisar o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2013). Os estudos exploratórios, por sua vez, delimitando-se na definição de objetivos e busca de informações sobre o tema, proporcionam ao pesquisador a possibilidade de “familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas ideias” (CERVO; BERVIAN, 1996, p.49).

Este estudo proporciona maior conhecimento acerca de uma determinada realidade, com vistas a torná-las mais explícitas ou a construir hipóteses (GIL, 2008).

Desse modo, considerando o objetivo do presente estudo, a abordagem qualitativa é a mais adequada, pois trabalha com seres humanos e analisa o fenômeno saúde-doença de acordo com um processo que é permeado por elementos que servem de fundamento à vida das pessoas. Sendo compreendida e vivenciada diferencialmente pelos vários atores sociais envolvidos em um determinado cenário de cuidado. Preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social, levando em conta a inteligibilidade, o significado e a intencionalidade que os atores atribuem aos fenômenos sociais (MINAYO, 2014).

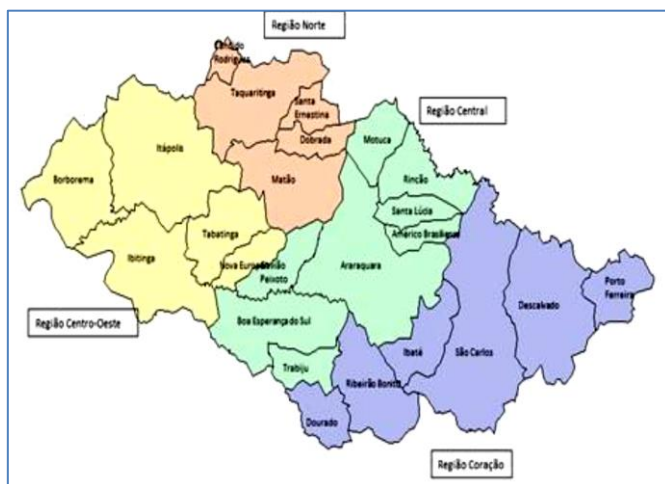
### **6.2 Cenário do Estudo**

O município de São Carlos está localizado a cerca de 230 km da capital paulista, na região central do estado de São Paulo. De acordo com Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresenta uma população estimada de 243.765 habitantes, em 2017.

São Carlos está integrado à área de abrangência da Região de Saúde Coração do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) – Araraquara (figura 1), composta por 24 municípios situados na Região Administrativa Central do Estado de São Paulo e tem sua sede no município de Araraquara (DRS III- ARARAQUARA/SP, 2013).



Figura 1 - Departamento Regional de Saúde III



Fonte: (DRS III- Araraquara/SP, 2013).

A Prefeitura Municipal de São Carlos por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2002, propôs uma real mudança na forma de pensar a saúde no município. Associado ao fato de ter sido contemplada em 2003 no Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família do MS, reorientou o modelo de atenção à saúde, adotando a ESF como eixo estruturante da Rede de AB (BRASIL, 2004; MACHADO, 2007; SÃO CARLOS, 2002).

Na estruturação da gestão dessa rede de saúde a SMS contou com a criação de alguns departamentos para o desenvolvimento de ações prioritárias. Dentre eles, o Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (DGCA), o qual é responsável pela gestão da Atenção Básica de Saúde do município.

Em consonância com as diretrizes do SUS, especialmente a descentralização no ano de 2003, a SMS estabeleceu uma nova configuração administrativa, com processo de divisão do município em cinco regiões de saúde, denominadas de Administrações Regionais de Saúde (ARES) (figura 2): ARES Cidade Aracy, ARES Vila Izabel, ARES Redenção, ARES Vila São José e ARES Santa Felícia.

As ARES tinham a função de coordenar as unidades de saúde localizada na sua área de abrangência, proporcionando cuidado integral às necessidades de saúde dos usuários da área geográfica (SÃO CARLOS, 2015).

Figura 2- Administrações Regionais de Saúde



Fonte: (São Carlos, 2015).

Em 2017, esta configuração foi modificada e essas Regionais de Saúde existem apenas como delimitação de territórios, tanto das USFs como das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As USFs estão constituídas por 22 unidades de saúde, administradas na Seção de Apoio às Unidades de Saúde da Família (DGCA-SAUSF) e as UBSs estão constituídas por 12 unidades de saúde, administradas na Seção de Apoio às Unidades Básicas de Saúde (DGCA-SAUBS) (SÃO CARLOS, 2017).

Atualmente, as unidades de saúde estão assim compreendidas:

Regional Cidade Aracy: UBS Cidade Aracy (conta com serviço de Pronto Atendimento 24 horas), USF Antenor Garcia Eq. I e II, USF Presidente Collor, USF Aracy Eq. I e II e USF José Fernando Petrilli Filho.

Regional Vila Isabel: UBS Azulville, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Vila Isabel, USF Jardim Gonzaga e USF Vila Conceição/Eq I- Cruzeiro do Sul, USF Madre Cabrine/Eq II- Cruzeiro do Sul.

Regional Redenção: UBS Jardim Botafogo, UBS Redenção e USF Jardim São Carlos.

Regional Vila São José: UBS Maria Estella Fagá, UBS São José, UBS Vila Nery e USF São Rafael, USF Jardim Munique, USF Itamaraty, USF São Carlos VIII, e USF Astolpho Luiz do Prado; incluindo as dos subdistritos rurais – USF Santa Eudoxia e USF Água Vermelha.

Regional Santa Felícia: UBS Parque Delta, UBS Santa Felícia, UBS Santa Paula, USF Romeu Tortorelli, USF Santa Angelina, USF Jockey Clube, USF Jd. Guanabara, USF Arnon de Mello.

### **6.3 Sujeitos do Estudo**

Os participantes deste estudo foram médicos e enfermeiros das USFs das cinco Regionais de Saúde do município de São Carlos.

É recomendável que a equipe de referência de uma USF seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades de saúde, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (BRASIL, 2012).

### **6.4 Critérios de Seleção**

Foram utilizados, como elegibilidade dos sujeitos, critérios baseados nas representações desses sujeitos, com base nos seus conhecimentos, práticas e atitudes e por refletirem uma vinculação mais significativa com o objeto de estudo investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2013).

Os critérios que incluíram os participantes da amostra deste estudo foram:

- Ser médicos(as) e enfermeiros(as) das USFs;
- Estar comprometidos com ações na área de atenção à saúde da mulher;
- Atuar em suas funções há mais de um ano;
- Ter realizado pelo menos um aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condição de vulnerabilidade no último ano.

O critério que excluiu os participantes da amostra deste estudo foi:

- Não possuir em suas atribuições ações específicas de aconselhamento em planejamento reprodutivo.

### **6.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados deste estudo ocorreu no período compreendido entre março a junho de 2017, quando haviam 19 USFs em funcionamento no município, havendo 18 médicos(as) e 19 enfermeiros(as) em atuação.

O recrutamento dos profissionais de saúde foi realizado por meio de um convite pelo pesquisador por contato telefônico e/ou pessoalmente para que pudessem agendar a entrevista

no seu local de trabalho em data e horário que lhes fossem mais convenientes. Durante o convite, os médicos(as) e enfermeiro(as) foram esclarecidos sobre a justificativa, o objetivo, os benefícios e os riscos da sua participação neste estudo, além de outros aspectos éticos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Do total de profissionais de saúde foram entrevistados 12 médicos(as) e 14 enfermeiros(as), os quais cumpriram os critérios de seleção, aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE.

Para a obtenção dos dados utilizou-se como instrumento uma entrevista semi-estruturada aberta, com base em perguntas norteadoras sobre aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade:

- O que você entende por mulheres em condições de vulnerabilidade, considerando a USF em que atua?

- Como você oferece o aconselhamento em planejamento reprodutivo às mulheres em condições de vulnerabilidade?

Ao se falar em entrevista como técnica privilegiada de comunicação e coleta de dados, Minayo (2013, p. 64) destaca que se trata da estratégia mais utilizada no trabalho de campo e pode ser considerada como conversa com finalidade, ressaltando o seguinte conceito:

É acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo

Quando se trata de entrevista aberta ou em profundidade, a autora lembra que “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (MINAYO, 2013, p. 64).

A técnica de entrevista aberta atende, principalmente, finalidades exploratórias, sendo bastante utilizada quando o pesquisador deseja obter não só o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, como também um maior detalhamento do assunto em questão. (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram gravadas individualmente pela própria pesquisadora, transcritas e codificadas de forma a garantir o sigilo de identidade dos participantes.

## **6.6 Aspectos Éticos**

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São

Carlos (UFSCar), de acordo com as normas da Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Previamente ao projeto ser encaminhado ao CEP da UFSCar foi realizado contato com a SMS para aquiescência e autorização em documento previsto pelo CEP (Anexo A). Aproveitou-se a oportunidade para pactuar os diferentes horários em que o pesquisador estaria presente para a coleta de dados por meio de entrevista.

O trabalho de campo só foi iniciado após parecer favorável do comitê com o número CAAE (62743116.7.0000.5504), emitido em (14/12/2016) (Anexo B), e autorização formal dos sujeitos, mediante assinatura do TCLE (Apêndice A), respeitando-se a disponibilidade em participar ou se retirar do estudo a qualquer momento do processo. Todos os sujeitos foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos metodológicos do estudo, os riscos e desconfortos decorrentes da sua participação, bem como dos benefícios esperados, de forma que eles pudessem se sentir seguros, quanto ao sigilo e à confidencialidade das informações coletadas. Além disso, foi assegurado que os seus nomes não constariam em nenhum documento, de forma a respeitar o anonimato.

## 6.7 Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática descrita por Bardin (2011). Este método permitiu analisar as vivências dos sujeitos, bem como suas percepções sobre determinado objeto e fenômeno. Para a análise foram percorridas as seguintes etapas:

**Pré-análise:** fase inicial, contemplando desde a organização do material bibliográfico sobre o objeto de estudo até as respostas dos sujeitos na entrevista “corpus da investigação”. Nesta fase foi feita a leitura flutuante de todas as entrevistas a serem analisadas.

**Descrição analítica:** momento de “tratar” o material coletado “corpus” submetendo-o a um estudo aprofundado. Para tanto, foram seguidos os procedimentos de codificação (representação do conteúdo dos dados brutos), classificação e categorização (classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), reunindo assim, um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico permitindo atingir uma representação do seu conteúdo).

**Interpretação inferencial:** quando realizadas as operações cognitivas para construir proposições novas, atribuindo significados aos resultados encontrados e as inferências

interpretativas na construção de textos descritivos, analíticos e propositivos, destacando particularidades das análises, inserindo as falas na íntegra, articulando-as às referências teóricas e ao objeto do estudo.

Os entrevistados foram nomeados pela letra E (entrevistado), seguido por algarismos arábicos de 1 a 26, a fim de garantir o sigilo dos participantes durante as análises textuais.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados de acordo com o objetivo proposto, incluindo, primeiramente, a caracterização sociodemográfica dos participantes e, em seguida, as categorias de análise construídas a partir das falas dos entrevistados.

### 7.1 Caracterização Sociodemográfica

O universo do estudo foi constituído por 26 profissionais, sendo 12 médicos(as) e 14 enfermeiros(as) de um total de 37 profissionais adscritos de 19 territórios no âmbito da ESF. Destes profissionais, quatro estavam a menos de um ano no território, não cumprindo os critérios de inclusão e sete não aceitaram participar da pesquisa.

Conforme a tabela 1 verificou-se que 42% dos entrevistados estão predominantemente na faixa etária entre 38 e 48 anos, sendo a idade mínima de 27 anos e a máxima de 62 anos. Do total dos participantes, 80,66% são do sexo feminino e 19,34% do sexo masculino.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Idade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
27 - 37	7	27,12	1	3,88	8	31
38 - 48	8	30,54	3	11,46	11	42
49 - 59	4	15	0	0	4	15
> 59	2	8	1	4	3	12
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>80,66</b>	<b>5</b>	<b>19,34</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Nota: N: frequência absoluta, %: frequência relativa.

Fonte: elaborado pela autora.

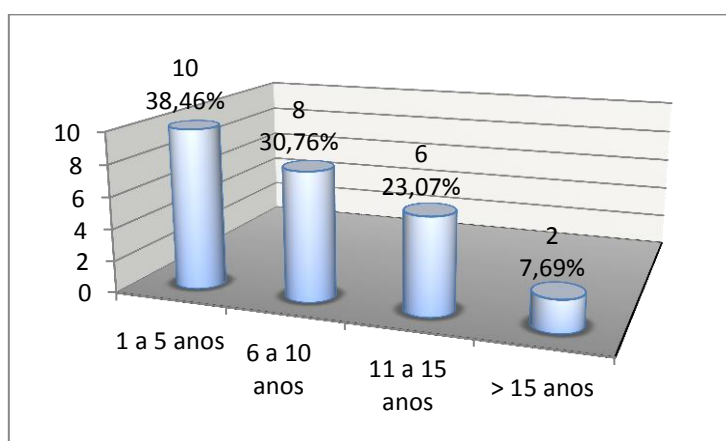
Estes resultados evidenciaram as tendências e implicações do processo de feminização das ocupações de saúde que vem se apresentando de maneira preponderante nos últimos anos (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010). O termo feminização apareceu no final do século XX e estava relacionado ao franco crescimento da população feminina em algumas profissões que, historicamente, eram desempenhadas por homens, como a medicina. Neste contexto, a enfermagem foi à primeira profissão feminina universitária no Brasil, sustentando programas de saúde pública e garantindo o funcionamento dos serviços de saúde (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

A partir do surgimento de outras profissões no trabalho em saúde revela-se a importância não só da expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como o entendimento das especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente

expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres. Igualmente, implica refletir sobre a saúde e a qualidade de vida das profissionais nos seus contextos de trabalho e de formação (MACHADO et al., 2006).

O tempo de atuação dos profissionais entrevistados nas USFs está demonstrado no gráfico 1, sendo que a maioria dos profissionais atuam entre seis e quinze anos e apenas dois participantes atuam há mais de quinze anos.

Gráfico 1 – Tempo de atuação dos participantes nas USFs



Fonte: elaborado pela autora.

O tempo de atuação é extremamente relevante, pois quanto mais tempo o profissional de saúde estiver adscrito no território, melhor o conhecimento da realidade local e o vínculo com a população.

Prestar serviços de saúde ou promover a saúde junto à população passa necessariamente por considerar, conhecer e interagir com o território, lugar de referência e de vida da população com a qual se trabalha. Trata-se de um envolvimento ativo e longitudinal do profissional de saúde no território para organizar suas ofertas, levando-se em conta as especificidades da população adscrita (MONKEN et al., 2008; BRASIL, 2012).

Essa construção exige que os profissionais de saúde identifiquem o que é mais prevalente no seu território e busquem determinado conhecimento que os auxilie na abordagem individual e familiar, assim como viabilize à população o conhecimento da unidade de saúde a que está vinculado como fonte satisfatória e habitual de atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010; BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

O reconhecimento dos territórios e seu contexto de inserção são importantes para desvelar as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde, bem como organizar o trabalho na ESF (MONKEN et al., 2008; BRASIL, 2012).



Assim, os profissionais terão maior probabilidade de alcançar a resolutividade desejada e de responsabilidade da AB e efetuar ações como o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade.

## 7.2 Categorias Analíticas

No discurso dos entrevistados ficou evidenciado que existe uma relação complexa e singular no aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade.

Diante da leitura flutuante das entrevistas emergiram duas categorias analíticas:

- I Fatores desencadeantes da Vulnerabilidade e
- II Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo e respectivas Particularidades da Vulnerabilidade.

Estas categorias se desdobraram em cinco subcategorias e treze unidades de significado que estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação das categorias, subcategorias e unidades de significado evidenciado no discurso dos participantes do estudo.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>
Fatores desencadeantes da Vulnerabilidade	Fator Socioeconômico	Renda Trabalho Educação Moradia
	Fator Histórico-Cultural	Violência Machismo
	Fator Político	Políticas Públicas
Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo e respectivas Particularidades da Vulnerabilidade	Dispositivos de Cuidado	Acolhimento Escuta Linguagem Vínculo
	Processo de Trabalho	Potencialidades Fragilidades

Fonte: elaborado pela autora.

### 7.2.1 Fatores desencadeantes da Vulnerabilidade

Os profissionais de saúde ao identificar no cotidiano de trabalho as condições de vida e saúde das mulheres, demonstraram que os fatores socioeconômico, histórico-cultural e político colocam essas mulheres em posição oposta à que possibilita alcançarem o poder para agir, nas dimensões individual e coletiva, limitando sua capacidade de autonomia.

A análise desta categoria resultou em três subcategorias: fator socioeconômico, fator histórico-cultural e fator político.

#### **Fator Socioeconômico**

Os entrevistados citaram que condições sociais e econômicas influenciam a forma como as mulheres vivem e afetam a equidade delas em saúde. Neste contexto, o discurso dos entrevistados apontou renda, trabalho, educação e moradia como os principais fatores influentes.

De acordo com os entrevistados, a influência da renda no cotidiano das mulheres em condições de vulnerabilidade revelou que a situação financeira não se refere apenas ao fator econômico, mas também a fatores individuais que envolvem bem-estar, saúde e qualidade de vida.

A causalidade entre renda e saúde não só implica na perda da capacidade dessas mulheres em suprir suas necessidades básicas como reduz os recursos pessoais que interferem no enfrentamento dos agravos.

(...) são mulheres que estão sem condição financeira, sem uma renda para cumprir com todas as questões de gastos: pagar aluguel ou financiamento de uma casa, comprar comida, comprar remédio, roupa, transporte para acessar os serviços de saúde e de lazer, enfim, todas as coisas que afetam sua qualidade de vida e saúde (...). E7

Alguns relatos evidenciaram que no processo de atenção à saúde, a singularidade de cada mulher, que se exprime em sua estrutura econômica e familiar, traz implicações negativas em sua trajetória social, à medida que se deslocam das condições da vulnerabilidade para a exclusão social. Ressalta-se que situações como sobrecarga de atribuições como mãe e dona-de-casa, com o dever a provisão de dinheiro para a subsistência dela e dos filhos, rompimento de vínculo familiar e o abandono, são vivenciadas como essencialmente desestabilizadores de sua saúde gerando sofrimento psíquico.

Desta forma, a condição de renda das mulheres influencia em suas condições de saúde, já que vivem cotidianamente uma exclusão social que as fragiliza e provoca a quebra de laços que as une à sociedade.

(...) seriam as que têm uma baixa renda, que não têm parceiros e tornam-se chefes de família, geralmente sozinhas e com vários filhos - levando uma vida excluída socialmente (...). E2

(...) entendo que são mulheres que vivam em condição de exclusão social, principalmente devido a fatores socioeconômicos como, por exemplo, o meio de subsistência, levando em conta, alimentação e até a falta de um ambiente familiar, propício, bom, agradável, para se sentirem apoiadas em suas dificuldades emocionais (...). E17

Os entrevistados identificaram que a vulnerabilidade feminina está ligada à precariedade nas relações de trabalho por subcontrato, trabalho informal e instável, sendo que a falta ou ameaça da perda deste promove sofrimento.

Diante dos relatos dos participantes foi possível notar que o trabalho ocupa lugar de destaque na vida das pessoas por ser fonte geradora de prazer, bem-estar e saúde. Por outro lado, quando desenvolvido sem suporte social, sem reconhecimento, em más condições, pode ser fonte de agravos à saúde por manter relação com a pobreza e com estigmas sociais que tendem a segregar e afastar essas mulheres do convívio com a sociedade.

Nas entrevistas, os participantes também apontaram que essas mulheres, ao conviverem diariamente com dificuldades de trabalho, podem negligenciar o autocuidado com a saúde e perder qualidade de vida, evidenciando assim, uma associação entre eventos de saúde e trabalho.

(...) vejo que são aquelas que estão sempre diante de prejuízos sofridos por trabalho, passam por instabilidades, obtêm baixos rendimentos, sofrem exploração da mão-de-obra e, por essas razões, são mantidas na pobreza. Então, entendo que essas são situações de vida e de trabalho que as tornam suscetíveis ao agravamento de doenças infecciosas (...). E9

(...) algumas não têm parceiros, possuem muitos filhos e é arrimo de família, estão subempregadas e sofrem estigmas da sociedade. Sendo assim, ao perceber vulnerabilidade, tento mostrar que, se não houver autocuidado, aumentam as dificuldades de vida e saúde (...). E2

A maioria dos entrevistados enfatizou que o analfabetismo e a baixa escolaridade trazem consequências graves para a vida e a saúde dessas mulheres, uma vez que a desinformação pode influenciar na autonomia, dificultando-as tanto na realização de escolhas, quanto na tomada de decisões.

As declarações constataram que sem educação as mulheres não dispõem de elementos suficientes para enfrentar as situações de vulnerabilidade derivadas de um contexto social que tende a desvalorizar seu modo de vida.

Os entrevistados ressaltaram que a falta de escolaridade também reflete na ausência de participação das mulheres para a construção do seu autocuidado, colocando-as em condição de vulnerabilidade.

Tais discursos compartilharam do pensamento que a impossibilidade de acesso a direitos básicos, como a educação, impede as pessoas de romperem com as desigualdades que as colocam em condição de vulnerabilidade e de exercerem plenamente sua cidadania.

(...) são mulheres que estão mais suscetíveis a prejuízos na saúde por falta da escolaridade, porque ficam sem autonomia e mais dependentes de outras pessoas para fazer escolhas (...). E21

(...) mulheres que tem uma baixa escolaridade, como algumas que não sabem ler, escrever, dependem de outras pessoas para tomar decisões ou auxiliá-las na parte legal dos documentos. Então, podem estar vulneráveis à pessoas mal intencionadas (...). E5

(...) a falta de escolaridade faz com que essas mulheres não consigam ter entendimento para compactuar o autocuidado (...). E25

Durante as entrevistas, os participantes identificaram o local e as condições de moradia como geradora de vulnerabilidade e de iniquidade em saúde, ficando evidente que o território é resultado de uma acumulação de contextos histórico, ambiental e social que promovem condições particulares para a produção de doença. Além disso, o território é uma expressão populacional da identidade coletiva e do poder simbólico que auxiliam a direcionar as estratégias de ações em saúde e do poder público no combate às iniquidades.

(...) entendo que são várias situações e motivos que colocam essas mulheres em vulnerabilidade, mas, o que mais me chama atenção, são as desigualdades que elas enfrentam por morarem em condições precárias (...). E9

Por meio dos participantes desta pesquisa foi constatado que os fatores socioeconômicos desfavoráveis, que permeiam as mulheres assistidas por eles, são resultantes não apenas de aspectos individuais, mas coletivos e contextuais, que levam ao comprometimento de acesso a bens e serviços, condições de saúde e qualidade de vida.

É importante identificar no processo histórico-cultural, como as condições econômicas e sociais exercem efeito sobre o processo saúde-doença das mulheres e suas implicações na população feminina.

Ao limitar a vida das mulheres ao espaço privado, foi atribuída a elas a responsabilidade praticamente exclusiva dos cuidados com a casa e com os membros da família, reduzindo automaticamente as probabilidades de desenvolvimento de outras potencialidades de que eram portadoras, pois, para se ter valor, a mulher tinha que restringir suas ações e seus sonhos à maternidade, à vida familiar e à criação dos filhos (CARVALHO; PICCININI, 2008; SAFIOTI, 2013).

Ao surgir dentro desse cenário uma acentuada separação entre o que é “trabalho de homem” e “trabalho de mulher”, estereótipos que se naturalizam no cotidiano das atividades laborais, demonstram outra questão que é a intrínseca ligação entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo, e concomitantemente, se reproduz as desigualdades de papéis e funções na sociedade (PAIVA, 2016).

Por um novo direcionamento da sociedade capitalista, no tocante à provisão econômica da família, as mulheres, cujo contexto social envolvia condições de vida precária, evidenciadas pelo desemprego ou subemprego dos companheiros ou a própria condição de mães solteiras, separadas e viúvas, foram conduzidas ao mercado de trabalho em situações de compartilharem até responsabilizarem-se sozinhas pela manutenção da casa (MOURA; LOPES; SILVEIRA, 2016).

No curso da história, dificuldades suplementares foram enfrentadas pelas mulheres ao terem que administrar sua dupla participação nas esferas da produção e da reprodução, em condições desfavoráveis aos homens, tanto na tradicional esfera dos cuidados domésticos como no mundo da produção, pois considerando a maternidade e a necessidade de adentrar no mercado de trabalho, essas mulheres acabaram por se submeter a situações de sub-ocupações, devido ao cuidado com os filhos (GAMA, 2015).

Tal situação, assim como as identificadas nos resultados desta pesquisa, caracteriza as mulheres chefes de família com associação direta as que vivenciam os processos de exclusão social por pertencerem aos estratos mais empobrecidos da população.

Nota-se que, apesar da persistência e desafios enfrentados com o apoio do movimento feminista nas conquistas de uma série de políticas econômicas, sociais, educacionais e de saúde que impulsionou o avanço das mulheres, preocupando-se com sua autonomia, na conquista de seus direitos de forma igualitária e com a redução da desigualdade com os homens, a divisão sexual do trabalho, o racismo e a classe social tem estruturado os padrões de desigualdade feminina no Brasil nos últimos anos (SOUSA; GUEDES, 2016).

As estatísticas atuais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelaram que lares brasileiros que são chefiados por mulheres saltaram de 23% para 43% entre 1995 e 2015. Em 34% das famílias chefiadas por mulheres existe a presença de um cônjuge. A equipe do IPEA afirmou que “é elevado o patamar de famílias em que as mulheres não têm cônjuge”, o que aumenta “o risco de vulnerabilidade social, já que a renda média das mulheres, especialmente a das mulheres negras, continua bastante inferior não só à dos homens, como à das mulheres brancas” (IPEA, 2015).

Infere-se a partir da realidade atual que a situação herdada das condições sociais, historicamente construídas, não é causa e sim, efeito da opressão socioeconômica às mulheres ao denunciar a desigualdade social e de gênero, como aquelas relativas à divisão sexual do trabalho que acabam gerando sobrecarga e doenças, bem como a questão da discriminação por gênero e raça que aparece tanto nas diferenças salariais quanto na reconfiguração de arranjos familiares (SOUSA; GUEDES, 2016).

No nível da organização e da estrutura da sociedade e das transformações no mundo do trabalho, as mulheres sofrem a marginalização do sistema produtivo de bens e serviços e, de acordo com a classe social, dentre outras dimensões como gênero, raça/etnia e idade/geração, tendem a vivenciar ainda mais situações de exploração, estigmatização ou destituição dos meios suficientes para uma vida digna e plena (SILVEIRA; SILVA, 2013).

Em consonância com esse contexto, os resultados dessa pesquisa apontaram que as mulheres, ao enfrentar a impossibilidade de acesso a serviços e direitos básicos de cidadania como condições habitacionais, educacionais e de trabalho, possuem desvantagens para desfrutar das diferentes oportunidades e qualidade de vida quando comparadas àquelas que possuem tais condições. Nesse sentido a questão de pertencer a um determinado segmento social mantém relação direta com as desigualdades sociais e vulnerabilidades.

São os custos econômicos e sociais, onde os preconceitos introjetados e as desigualdades de gênero, articuladas com outras desigualdades, estimulam práticas discriminatórias com relação às mulheres e entre as mulheres, e que severamente as prejudicam social e psicologicamente. Por essas razões, a discriminação e a desigualdade podem ser consideradas um problema de saúde pública, que impactam negativamente na qualidade de vida das mulheres (BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

Tais implicações reduzem as oportunidades das mulheres participarem da tomada de decisão favorável a sua autonomia para a vida, e de uma maneira geral, podem gerar autocuidado inadequado e baixa adesão às recomendações do profissional de saúde. (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Esse panorama revela a manutenção do ciclo de subdesenvolvimento feminino ao serem negligenciadas nas necessidades de produção social, que constituem a base do processo saúde-doença, as diferentes formas de produzir e de consumir na sociedade (BARBOSA; COSTA, 2013).

Vale ressaltar que uma diversidade de fatores que podem influenciar a saúde faz com que ela possa ser reconhecida como produto de um amplo espectro de cuidados relacionados à qualidade de vida, o que inclui um padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e

saneamento; boas condições de trabalho; lazer; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico e limpo, apoio social para famílias e estilo de vida saudável.

No decorrer da vida, a não garantia de acesso a esses fatores de forma igualitária coloca as mulheres em situação de vulnerabilidade, recaindo sobre o vivenciar restrições, obstáculos e privações que acabam por sua vez direcionando a caminhos e escolhas, cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência das doenças ou agravos à saúde (BARBOSA; COSTA, 2013).

São as trajetórias de vida que refletem, nas relações sociais, a fragilização dos vínculos (família, comunidade, instituições), que podem produzir rupturas que as conduzem ao isolamento social, incidindo numa problemática de vida que dificulta o modo de ser e de se relacionar consigo mesma e com os outros, comprometendo sua autonomia e emancipação (PAUGAM, 2006; SILVEIRA; SILVA, 2013).

Frente a isso, um contexto social excludente, que reproduz as iniquidades de oportunidades e de renda, contribui para a distribuição desigual e injusta dos fatores materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais, os quais são produtores de saúde e qualidade de vida, resultando em distintos perfis epidemiológicos e padrões de acesso a bens e serviços essenciais à vida.

E não é sem razão que os resultados apontados nesta pesquisa retrataram um complexo contexto de vida local e problemas de um território marcado por desigualdades sociais que, sem dúvidas, impactam em questões de produção de saúde e gestão do cuidado.

### **Fator Histórico-Cultural**

Os entrevistados consideraram que a desigualdade que torna a mulher mais vulnerável e acarreta sérias consequências para o seu pleno desenvolvimento pessoal, estabelece-se em relação ao gênero de modo histórico e culturalmente construído em nossa sociedade, onde a mulher ocupa posição de inferioridade.

Ao descreverem a desigualdade de gênero nas relações familiares, os entrevistados se atentaram para a constituição da mulher como sujeito de direitos. Os relatos demonstraram que quando esses direitos são violados e acrescidos a outros determinantes sociais, econômicos e ambientais, as mulheres tornam-se vítimas de violência e acabam por negligenciar os seus próprios cuidados, passando a vivenciar sofrimentos e enfermidades.

(...) olhando para esse bairro, são aquelas mulheres que tem baixo poder aquisitivo e tem a dependência emocional a um parceiro que é violento, e aí passam a sofrer violência em casa e na rua e isso envolve a comunidade e parentes. Enfim, ficam em

condição de vulnerabilidade grave, porque perdem direitos e ficam sem apoio para fazer o enfrentamento da situação (...). E12

(...) a mulher em vulnerabilidade aqui é aquela que está exposta a doenças por não conseguir se autocuidar. Falta carinho, amor, provocados pela violência a que está exposta, muitas vezes dentro de casa, pela própria família, um filho, por exemplo (...). E18

Os entrevistados chamaram a atenção para vulnerabilidade de mulheres que não exercem seus direitos em função de valores histórico-culturais, ressaltando o machismo nos seus discursos. A manifestação do machismo pode atingir todas as mulheres, mas impacta de forma diferente naquelas que estão mais suscetíveis aos efeitos da vulnerabilidade, por sofrerem com frequência a violência intrafamiliar, relações opressoras e de subordinação-dominância.

(...) eu entendo que todas as mulheres estão em situação de vulnerabilidade na sociedade machista em que eu vivo hoje, mas na área e no local em que eu atuo, percebo que as mulheres que estão em maior vulnerabilidade, são aquelas que, para além do machismo enfrentam a violência econômica e os agravos da falta de escolaridade (...). E23

A violência contra a mulher e o machismo foram constatados nos resultados desta pesquisa como um flagrante desrespeito aos direitos humanos e fundamentais das mulheres por mantê-las em condição de vulnerabilidade e por impactar severamente no seu desenvolvimento pessoal, social e salutar.

A partir do momento que se identifica que as atribuições socialmente definidas para homens e mulheres são desiguais e orientadas por questões de gênero, pautadas na hierarquia de poder construída e naturalizada historicamente, a violência contra a mulher se institui dentro da violência de gênero como a mais comum, uma vez que possui certa legitimação social baseada na ideologia machista (WAISELFISZ, 2012; OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

Este tipo de violência está presente em toda a sociedade e é o reflexo de um histórico processo de desrespeito e violação dos direitos mais elementares como o direito à vida, liberdade e disposição do corpo, assim como a marginalização que o gênero feminino enfrentou (e ainda enfrenta) ao longo dos anos (COSTA; SOUZA; CHAGAS, 2013).

Pode-se considerar que a violência que acomete as mulheres, assume várias formas de manifestação, estando na maioria das vezes sobrepostas, sendo um fenômeno que “nunca está sozinho” (VENÂNCIO, 2012; OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

Tal constatação foi revelada por alguns dos profissionais entrevistados ao demonstrar que a violência de gênero que ocorre na esfera privada assume outras formas de manifestação como a violência emocional, que envolve a privação de afeto, de assistência e de cuidados, e se expressa elencada por problemas relacionados a exclusão social e agravos à saúde.



Trata-se de um fenômeno complexo, tanto por manter interação com os fatores biológicos, sociais, econômicos e políticos, quanto por compreender situações diversas como qualquer ação ou omissão fundamentada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher, causando perdas significativas na saúde e na qualidade de vida (BRASIL, 2006; OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

Os diferentes fatores que influenciam a vitimização ou a perpetração de violência contra as mulheres foram revelados nesta pesquisa através do baixo poder aquisitivo e da falta de escolaridade, que contribuem para manter as desigualdades na perspectiva do desenvolvimento humano, de forma a perpetuar a violência estrutural, que se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família, como aos sistemas econômico, culturais e políticos, que, ao impedir conquistas sociais, torna algumas mulheres mais vulneráveis que outras ao sofrimento (MINAYO, 2010).

Corroborando com tais resultados, D' Oliveira et al. (2011), ressaltaram que possuir poucos anos de escolaridade é um fator associado à vivência de violência, o que também guarda relação com a sua naturalização. Daí, a dificuldade para compreenderem e romperem com o ciclo da violência. No entanto, quanto mais esclarecida for a mulher por menos tempo ela admitirá a violência.

Ao permanecerem na relação de violência gerada pelos poucos anos de estudo, as mulheres ficam ainda mais vulneráveis, principalmente, se sua situação de vida envolver o desemprego e a dependência financeira, pois sem remuneração ficam impossibilitadas de se auto-sustentar, o que interfere no seu empoderamento para o enfrentamento do fenômeno (PRADES, 2007).

No sentido de identificar situações de violência que comprometam a condição de vida e saúde das mulheres, alguns entrevistados evidenciaram violência intrafamiliar, violência doméstica e violência econômica como formas de violação de direitos humanos, que as impedem de fazer o enfrentamento das situações, ficando em condições de vulnerabilidade grave.

A violência intrafamiliar ocorre dentro ou fora da casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, em condições de relação de poder, seja física, etária, social, psíquica, hierárquica e/ou de gênero (GOMES et al., 2012).

A violência doméstica e familiar distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, ou seja, os esporadicamente agregados no âmbito da família, compreendida como a comunidade

formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2002, 2006).

A violência econômica também considerada como violência patrimonial é uma forma de abuso financeiro que faz parte do quadro de violência doméstica. É uma violência que impossibilita as mulheres deixar relacionamentos abusivos, devido aos atos destrutivos por parte do agressor como roubo, destruição de bens pessoais, recusa de pagamento de pensões alimentícias ou de gastos básicos pertencentes ao núcleo familiar, dentre outras situações que são mantidas de maneira sutil, afetando a saúde emocional e a sobrevivência das mulheres e de outros membros da família (BRASIL, 2002, 2006).

Torna-se necessário ainda chamar atenção para a violência institucional que é exercida pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão, envolvendo desde a falta de acesso aos serviços necessários até a falta de qualidade ou inadequação do atendimento. Essa situação representa mais uma agressão às mulheres que estão especialmente vulneráveis por terem buscado assistência pela violência sofrida (BRASIL, 2002).

Esse tipo de violência pode ser identificado pela peregrinação da mulher por diversos serviços até receber atendimento e se caracteriza pela falta de escuta, tempo ou privacidade; rispidez, frieza, negligência, maus tratos, os quais são motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, etnia, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental dentre outras ações, e cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuárias e profissionais dentro das instituições (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, é imprescindível que, os profissionais, independentemente do espaço de atuação, estejam aptos a identificar mulheres em vivência de violência e as respectivas implicações que venham a acarretar no processo saúde-doença, assim como tenham condições de acolhimento e escuta para atuarem de forma sensível e eficaz, contribuindo para o fortalecimento de uma vida autônoma e livre de violência (MENEZES et al., 2014; RODRIGUES et al., 2014).

Algumas situações de violência são direcionadas aos serviços de saúde como agravos físicos, emocionais e saúde sexual e reprodutiva. Para garantir à mulher atendimento as suas necessidades, é necessário que a prevenção e o enfrentamento da violência ocorram por interlocução dos diversos serviços de atenção: jurídico, policial, social, de geração e renda, de habitação e educação; e da atuação do governo e das instituições que assistem essas mulheres por meio de ações políticas, sociais e econômicas, e de toda a sociedade dada à complexidade que envolve os contextos de violência (ARBOIT et al., 2017; HOLANDA et al., 2017).

Disso decorre que o setor saúde não deva atuar sozinho e sim, buscar articulação intersetorial para assegurar a saúde e a qualidade de vida das mulheres.

Não há dúvidas que discutir violência é reconhecer sua complexidade como um fenômeno que se transforma à medida que valores e normas sociais assumam novos significados por influência do contexto histórico-cultural, já que o problema que leva tantas mulheres a sofrerem os mais diversos tipos de violência, diz menos respeito ao seu comportamento e mais às raízes da nossa estrutura social.

### **Fator Político**

O posicionamento dos participantes frente ao fator político traz à tona o compromisso das políticas públicas com ações integradas e intersetoriais na composição das redes de atenção à saúde, proporcionando aqueles que vivem nos territórios de maior vulnerabilidade bem-estar físico, mental e social.

(...) na maioria das vezes para conseguir ter maior resolubilidade nos atendimentos com essas mulheres, para fazer o enfrentamento de suas fragilidades, contamos com a equipe, CEME [Centro Municipal de Especialidades Médicas], CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], CAIC [Centro de Atendimento de Infecções Crônicas], CRAS [Centro de Referência de Assistência Social.]. Enfim, a gente se integra com profissionais que atendem outros lugares, para ofertar cuidado a essas pessoas que vivem em vulnerabilidade. Então, a gente percebe que sem investimento público essas pessoas não tem como ter o mínimo de apoio para viver. Esse trabalho integrado com a rede intersetorial traz ganho para essa população na parte social, psicológica, física (...). E5

Os entrevistados apontaram que a ineficiência de políticas públicas voltadas às questões de vulnerabilidade social e cultural faz com que as mulheres que mais precisam de apoio dos serviços de saúde sejam significativamente comprometidas para se responsabilizarem por sua saúde.

(...) mulheres em condição de vulnerabilidade são aquelas que sofrem ou estão expostas a questões sociais e culturais do meio em que elas vivem, lugares aonde as políticas públicas não chegam ou demoram a chegar, como aqui que tem a questão do tráfico, evasão escolar, violência doméstica e sexual e estes dados não estão sendo vistos pelo poder público como deveriam. Desse jeito fica difícil organizar a prevenção e promoção em saúde porque esse local coloca em risco a integridade dessa mulher e ela só tem esse lugar como moradia (...). E4

Há o reconhecimento entre os profissionais que para realizarem assistência à saúde da mulher em condições de vulnerabilidade é necessário ter políticas públicas que assegurem investimentos em setores como educação, cultura, saúde, assistência social, e trabalho, para que estes de maneira integrada oportunizem o desenvolvimento humano e igualitário entre as mulheres.

No entanto, a forma como o poder público distribui os seus recursos, com vistas a atingir o desenvolvimento social nos territórios, pode propiciar ou impedir que as mulheres desfrutem de melhoria na qualidade de vida e saúde.

Para as políticas públicas serem concretizadas de maneira eficiente, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e em defesa da vida, é extremamente necessária a construção de uma cultura reflexiva junto à população sobre suas finalidades e prioridades, com discussões que envolvam o orçamento público, enquanto instrumento estratégico para concretização dos direitos sociais e para o exercício do controle social (SALVADOR; YANNOULAS, 2013).

Ao considerar que a destinação de recursos deve ser direcionada aos problemas que aflige a população, as políticas públicas devem ser estabelecidas de maneira compartilhada por iniciativa dos representantes políticos no exercício de suas funções, dos trabalhadores e da população, com vistas à efetivação do exercício pleno da cidadania (CUSTÓDIO; SILVA, 2015).

Não se pode pensar em efetivação de políticas públicas sem considerar a relevância da interação e integração dos diversos órgãos, instituições e daqueles que se encontram inseridos no compromisso comum da efetivação dos direitos sociais. A intersetorialidade é uma importante ferramenta para garantir a legitimidade das políticas públicas e servir como meio de trabalho no âmbito da saúde (CUSTÓDIO; SILVA, 2015).

As respostas dos participantes dessa pesquisa mostraram que o trabalho integrado com a rede intersetorial é necessário para salvaguardar a integralidade do cuidado às mulheres e em razão da complexidade que permeia o seu contexto de vida com vulnerabilidades.

Fica evidenciado que os investimentos de recursos públicos são essenciais para construir redes de atenção para o enfrentamento dos problemas que envolvem as causas estruturais inerentes aos aspectos socioeconômicos, culturais, políticos e de saúde como precaução de promover modos de ser mais saudáveis.

A intersetorialidade pode ser entendida como uma lógica de gestão que perpassa uma nova forma de planejar, executar e controlar ações de políticas públicas no território e a uma população específica, proporcionando garantia de acesso igualitário a direitos sociais. Para tanto, pressupõem a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014; CUSTÓDIO; SILVA, 2015).

Com esse entendimento é possível assinalar que no âmbito das políticas públicas, a ampliação das ações por meio da intersetorialidade significa garantir oportunidade a todos de

escolhas que sejam mais favoráveis, tornando as pessoas protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria de sua qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais (MALTA et al., 2014).

Quando fica destacado nessa pesquisa que os recursos públicos não são efetivados como deveriam nos territórios, isso traz complicações nas práticas voltadas à promoção da saúde, comprometendo-se um princípio constitucional do SUS, conforme concepção expressa na Carta de Ottawa, que preconiza atitudes como: redução das iniquidades em saúde, democracia, desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais, integralidade do cuidado, o fortalecimento da participação social no sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Ou seja, afeta todo um trabalho que deve ser desenvolvido com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, ou pelas soluções propostas (CAMPOS; NETO, 2008; MALTA et al., 2014; MAGALHÃES, 2016).

A promoção da saúde consiste em reafirmar o debate dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença e lutar para que as políticas públicas invistam em respostas mais efetivas e integradas que tragam condições de assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar seu potencial de saúde (BRASIL, 2006; MALTA et al., 2014).

Nesse sentido, políticas atuais destacam proposições relativas à promoção da saúde no âmbito da ESF que propõe uma nova visão de organização dos processos de trabalho para intervir na prestação dos cuidados em saúde e reestruturar o modelo de AB.

Trata-se de uma inovação para o modelo assistencial em saúde, pois a ESF se responsabiliza pela saúde da população territorializada considerando aspectos relativos à vida subjetiva, familiar, trabalho, ambiente, relações sociais e cultura, nas ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde.

### **7.2.2 Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo e respectivas Particularidades da Vulnerabilidade**

Percebeu-se pelo discurso dos entrevistados que para realizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condição de vulnerabilidade é necessário um olhar ampliado na produção do cuidado em saúde considerando a singularidade e a coletividade que as envolve. Ainda, foi possível evidenciar em suas falas a utilização de dispositivos potencializadores e a inclusão de novos instrumentos no processo de trabalho para a organização do cuidado dessas mulheres.

## Dispositivos de Cuidado

Os entrevistados apontaram que o acolhimento está presente em todos os atendimentos para fazer o aconselhamento em planejamento reprodutivo, mas considerando a subjetividade dessas mulheres é preciso uma escuta qualificada para a identificação das reais necessidades de saúde e estratégias diferenciadas para promover intervenções que garantam a continuidade do seu cuidado.

(...) em qualquer atendimento que faço é sempre acolhendo o que elas precisam e tentando fazer as informações sobre o planejamento familiar, mas sem dúvida, quando eu me deparo com uma mulher como as usuárias de álcool e drogas, desenvolvo uma escuta mais paciente, até para entender o que a trouxe na unidade. Às vezes é necessário incluir outros profissionais de saúde para dar suporte. Assim, tem que estar atento nesse primeiro momento, porque é mais ouvir do que falar, caso contrário, a gente não estabelece laços de confiança e menos ainda o cuidado de que precisam na saúde (...). E10

Valorizando o modelo de atenção da clínica ampliada, os entrevistados destacaram que a escuta tem que ser diferenciada e isso é resultante das relações que se estabelecem no processo de aconselhamento das mulheres em condições de vulnerabilidade.

(...) essas mulheres requerem um cuidado maior, muitas são usuárias de álcool e drogas, tem pouca escolaridade e temos pouco acesso, então quando estamos com elas é preciso fazer uma escuta cuidadosa para criar possibilidades de prevenção de doenças e retorno à unidade de saúde (...). E26

Os participantes enfatizaram a importância da postura do acolhedor e o cuidado com a linguagem na realização do aconselhamento, de forma que possam confiar nos profissionais de saúde e consigam de fato realizar suas escolhas.

(...) como essas mulheres já vivem em uma situação de vulnerabilidade, nós temos que ter uma atenção ampliada, fazer uma escuta qualificada, sem julgar essa pessoa. Então, é recebê-la primeiro, escutar a história de vida, o seu contexto social e familiar. Às vezes o olhar, o gesto que você faz no momento do aconselhamento diz muita coisa. Assim, a linguagem não verbal é muito importante na hora de uma conversa, às vezes você não julga com palavras, mas o seu olhar de preconceito, aquele olhar de criminalização, já deixa a pessoa na defensiva e nada se constrói (...). E16

Ficou ressaltado pela maioria dos entrevistados que é preciso vários acolhimentos para a produção de vínculo e isso exige que se utilize de relações mais integradoras, desenvolvendo afetos para o seguimento do cuidado com vistas à autonomia dessas usuárias.

(...) eu tenho algumas dificuldades para realizar o aconselhamento contraceptivo com essas mulheres, porque isso se dá em várias etapas, é a questão da abordagem que tem que ser feita com muita tranquilidade, olho no olho, pois essa mulher tem que ser melhor ouvida para construir vínculo. De primeiro momento se você vier logo com o receituário, para fazer a indicação do contraceptivo, você não vai conseguir. Então, às vezes eu marco uma consulta, passa uma semana eu marco outra, vou conversando e ouvindo. Tento identificar o que está “pegando” pelo fato de ela não estar usando o planejamento reprodutivo, e qual será a forma que eu vou intervir para tentar com que ela tenha independência no seu tratamento (...). E15

Considerando as políticas de direitos sexuais e reprodutivos que vêm sendo desenvolvidos na ESF, os profissionais colocam o cuidado em saúde como uma diretriz para atender as mulheres, propondo diversos dispositivos assistenciais tais como o acolhimento, escuta, linguagem e o vínculo. Esses dispositivos são apontados como elementos-chave para gerar interação entre os profissionais de saúde e as usuárias e viabilizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo.

Conforme dados encontrados nessa pesquisa, as mulheres são acolhidas sempre que procuram a USF com atitude de escuta aos seus desejos e necessidades e, diante de suas condições de vida, torna-se indispensável estabelecer outras estratégias como as de comunicação, de vínculo de confiança e as de ação conjunta com profissionais de saúde e outros serviços para promover o aconselhamento em planejamento reprodutivo.

De acordo com alguns autores, o cuidado não pode se restringir apenas as competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, a escuta, a linguagem utilizada e os vínculos de intersubjetividade são recursos inerentes à sua constituição e devem permear as práticas de saúde com foco na integralidade e na humanização em qualquer momento da interação entre os profissionais, equipe e as usuárias (PINHEIRO, 2009; LOPES et al., 2015; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Nesse processo de produção do cuidado, um achado relevante no discurso de um dos entrevistados foi a referência da postura do aconselhador isenta de julgamentos e preconceitos. Conforme publicação do Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, atitudes preconceituosas e de julgamento estimulam as disparidades e iniquidades e impactam negativamente no acesso e permanência das usuárias no sistema de saúde, configurando um cuidado não integral (BRASIL, 2013).

Para o aconselhamento em planejamento reprodutivo se implementar de modo integral, o conhecimento, atitudes, e habilidades são requisitos necessários aos profissionais para que o cuidado seja assistido na perspectiva dos direitos humanos (OMS, 2011).

O concreto exercício dos direitos sexuais e reprodutivos está diretamente ligado aos processos de trabalho dos profissionais, de forma que os atendimentos devem contemplar as singularidades demandadas e a ética deve estar presente do acolhimento ao desfecho do caso, pois dependendo da postura do profissional no atendimento às usuárias, a garantia dos direitos pode ser comprometida (OMS, 2011; BRASIL, 2013; TELO, 2016).

Nas entrevistas com os participantes foi possível reconhecer que, devido à pluralidade das demandas por cuidado no campo da vida sexual e reprodutiva, os profissionais utilizaram

os dispositivos de cuidado de maneira mais sistematizada em suas atitudes e conduta clínica para as mulheres em condições de vulnerabilidade, provavelmente, em virtude do contexto desfavorável que as prejudicam e afetam o seu contato com os serviços de saúde.

Segundo Oliveira e Pereira (2013) a utilização de diferentes dispositivos de cuidado passa a ser uma competência essencial dos profissionais de saúde, pois esses conseguem reconhecer qual a melhor estratégia de cuidado que garante o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Diante da multidimensionalidade que envolve os atendimentos em saúde, torna-se inevitável para o entendimento do “funcionamento do sujeito” na dimensão biopsicossocial, a necessidade de recorrer a outros profissionais que possuam conhecimento na psicologia, pedagogia, antropologia e ciências sociais para gestão do cuidado (CAMPOS; GUERREIRO, 2008; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Essa ação torna-se uma estratégia para a construção de responsabilidade e vínculo entre o profissional de saúde, equipes multidisciplinares e usuárias, bases para o exercício da clínica ampliada (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Nesse contexto, a ESF, enquanto coordenadora do cuidado integral, propõe um processo de mudança para romper com a tendência hegemônica biomédica e privilegia a prática clínica ao apoiar a construção de uma nova maneira de operacionalizar a assistência em saúde, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades (VIEGAS; PENNA, 2015).

Atuar na perspectiva do cuidado integral possibilita apreender as necessidades mais abrangentes de cada usuário e valorizar a articulação entre atividades preventivas e assistenciais, culminando em práticas humanizadas que proporcionam o bem-estar, autonomia, expectativas e poder de decisão (COELHO et al., 2009; LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

Pensando no aconselhamento em planejamento reprodutivo para mulheres em condições de vulnerabilidade, significa ampliar e qualificar as ações sem estereotipar o feminino como se a atenção a ser ofertada se desse apenas por pertencerem a um grupo passível de fragilidades e vitimizações, mas por que se reconhece de fato que as diretrizes estabelecidas para o trabalho em saúde deva atingir a perspectiva da integralidade da atenção e da equidade no sistema de saúde com o reconhecimento das reais necessidades de cada mulher no seu contexto de vida.

Nesta pesquisa, observou-se que o aconselhamento contando com os dispositivos de cuidado passou a ser ressignificado pelos profissionais na ESF, com o intuito de subsidiar as



essas mulheres condições para que pudessem adotar livremente o método contraceptivo mais adequado. No entanto, percebeu-se uma predominância do atendimento individual, distanciando-se do enfoque mais coletivo que está previsto no planejamento reprodutivo e na proposta da ESF conforme publicação do UNA-SUS “educação em saúde” (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

A falta da implementação de espaços coletivos de discussão sobre saúde sexual e reprodutiva deixa escapar o potencial de promover o enfrentamento às problemáticas que envolvem a saúde da mulher com ou sem vulnerabilidades e da horizontalidade nas suas decisões.

Segundo o Manual de Educação Popular e Saúde, as atividades de educação em saúde são dispositivos potentes para permear o aconselhamento em planejamento reprodutivo promovendo saúde integral e autonomia das pessoas. E para isso é necessário que as ações educativas sejam contínuas e ofertadas às mulheres, aos homens e aos casais, independente das condições de vulnerabilidade (BRASIL, 2014).

A esse respeito, Alves e Aerts (2011) fundamentam que a educação em saúde pode ser pensada como práticas sociais para estimular a reflexão e a consciência crítica nas pessoas quanto aos seus problemas de saúde. Ao estabelecer uma relação de diálogo, os profissionais devem trabalhar com as pessoas sob o pressuposto que possuem percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa. Assim as pessoas poderão desenvolver o potencial que possuem para serem sujeitos de sua própria história e assumir a responsabilidade sobre sua saúde.

Esta ideia possibilita gerar novas iniciativas de cuidado e resolução das dificuldades enfrentadas pelas mulheres na concepção e contracepção e do seu empoderamento diante das implicações nas relações familiares e de gênero para que elas possam exercer autonomia e fazer escolhas conscientes frente a sua vida sexual e reprodutiva.

Significa realizar uma construção humanizadora, crítica e reflexiva, capaz de transformar atitudes. Passa a ser uma estratégia de participação popular nos serviços de saúde e de interação entre os saberes técnicos e a vida das mulheres e da sociedade. Por isso é entendida como modalidade de atenção coletiva e cada vez mais frequente em nosso sistema de saúde.

Faz-se primordial a forma de condução dos grupos e a postura dos profissionais para se criar o grupo e gerar adesão, continuidade e valorização do espaço grupal. Ou seja, devem ser programadas ações que ofereçam oportunidades de trocas vitais e verdadeiras com as

peessoas, que lidam com problemas parecidos, para que possam se sentir estimuladas a buscar alternativas e soluções (BRASIL, 2014).

Nessa lógica do empoderamento e da participação popular, o Caderno de AB que trata dos NASFs, propõe algumas metodologias de trabalho em grupo, e fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo. Destacam-se alguns aspectos, como estrutura básica de um encontro, contratualização, dinâmicas de grupo, comunicação e as características do facilitador da equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Através dessa construção, vão sendo delineadas ações de saúde mais integral e mais adequada à vida da população e que contribuem para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas mais positivas.

Uma vez que a ESF utiliza dispositivos de cuidado complexos e variados no manejo das necessidades de saúde, é indispensável que os profissionais sejam motivados com permanente formação, para gerar no processo de trabalho espaços de aprendizagem e de produção de conhecimento sobre as questões de vulnerabilidade das mulheres frente à saúde sexual e reprodutiva.

### **Processo de Trabalho**

Os entrevistados relataram que o reconhecimento da vulnerabilidade feminina ao realizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo fez com que eles incluíssem novos instrumentos na gestão do cuidado dessas mulheres e repensassem suas expectativas pessoais em relação ao trabalho, legitimando a importância de compartilhar as dificuldades com a equipe de saúde.

Diante da multicausalidade dos problemas das mulheres em condições de vulnerabilidade, os participantes citaram a utilização da ER e da EAM como dispositivos de gestão para o aconselhamento em planejamento reprodutivo.

(...) fazemos todo o papel de orientação, de busca ativa... é difícil? .... é difícil. Você orienta, reorienta, e ela engravida e diz que não queria. Ou você orienta e reorienta e ela pega uma doença sexualmente transmissível. É um trabalho de “formiguinha”, de busca ativa, de vínculo que tem que ser vista em conjunto com a equipe. Se essa sabe, está alinhada, então vai pra frente e a gente diminui bastante o numero de gravidez indesejada, mas se a equipe não está alinhada esses resultados são negativos. Sem apoio direcionado da equipe não dá (...). E3

(...) essas mulheres precisam do olhar de todos os setores, seja a enfermagem, o médico, os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o agente comunitário de saúde. A gente tem que levar o caso para essa equipe. Discutir com esses profissionais a história de vida, e o contexto que a mulher vive, para tentar aos poucos incluí-la no planejamento familiar (...). E4

As colocações dos entrevistados enfatizaram que, muitas vezes as discussões e os estudos de casos sobre as necessidades de saúde e os contextos em que estas mulheres estão inseridas, se fazem necessárias, além de uma divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe. Diante disto, eles comentaram que o Projeto Terapêutico Singular tem sido uma ferramenta de trabalho muito útil nestes casos e que a Rede de Apoio tem sido de extrema valia como parceiros para o cuidado compartilhado.

(...) muitas vezes é necessário investigar algo a mais para realizar o aconselhamento em planejamento familiar com essas mulheres. Então, peço uma ajuda a outros parceiros como a terapeuta ocupacional e assistente social. Elas fazem a visita em parceria, daí a gente discute, estuda o caso, divide o que pode ficar sob atenção de cada uma, e para isso, fazemos o projeto terapêutico. Assim, acabamos de alguma forma tendo um olhar a mais, identificando alguém que possa fazer parte desse projeto para além da paciente: a família, amigos, vizinhos, alguém que nos ajude a potencializar essa questão de prevenção para essa usuária (...). E13

Para garantir atenção especial e ampliada aos casos de maior complexidade, os participantes relataram ser necessário o compartilhamento com a Rede Intersetorial.

(...) muito das necessidades das usuárias se descobre quando falamos de planejamento familiar e dos métodos. Quando vejo situações de vulnerabilidade grave, como nas usuárias de álcool e droga, com transtorno mental e adolescentes, para além da equipe daqui, é necessário acionar a rede como o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], os CAPSs [Centros de Atenção Psicossocial], escola e conselho tutelar. Enfim, outros serviços, que possam dar suporte para acompanharmos e até termos acesso a usuária (...). E 24

Alguns profissionais referiram que a complexidade social e a subjetividade dos casos atendidos são geradores de dúvidas e sentimentos conflituosos. E diante das especificidades do território mencionaram que a falta de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de capacitação dificulta o exercício profissional e da equipe, impactando negativamente na qualidade das práticas de saúde.

(...) tenho um sentimento de frustração. Muitas vezes eu não visualizo como fazer a corresponsabilização, porque estar grávida dentro dessa comunidade tem um significado. Elas são mais protegidas e dependendo de quem é o filho elas têm alguns benefícios financeiros e até status na comunidade. Então, dentro desse território parece que vivemos outra realidade. A gente faz toda a conversa, oferece todos os métodos. Muitas vezes elas aderem, mas depois, interrompem por vontade própria e não procuram a unidade para uma conversa. Então, para mim e para equipe ajudaria muito ter educação permanente para lidar melhor com tanta complexidade (...). E2

(...) quando tenho oportunidade falo dos métodos disponíveis e peço para que elas pensem, escolham um método para prevenção dos vários agravos de saúde. O que percebo muitas vezes é que elas não têm nem projeto de vida e outras, às vezes, o projeto de vida é engravidar. Engravidar do traficante dá status, e ela ganha cuidado, atenção quando está grávida. Só que depois que a criança nasce elas não querem muito cuidar. A criança vai parar na mão da avó para ser cuidada. Ou é aquela criança que fica ali adoecendo, adoecendo como a mãe, é outra realidade diferente demais da nossa. É muito angustiante e para lidar com isso sinto falta de capacitação (...). E8

Os entrevistados declararam que a inabilidade da organização da gestão municipal em ações de planejamento reprodutivo dificulta efetivar o cuidado ampliado e a assistência integral dessas mulheres. Além disso, a ineficiência de políticas públicas efetivas aumenta o desafio para realizar ações de atenção à saúde específica para mulheres que se encontram expostas aos vários tipos e graus de vulnerabilidade em saúde, sendo essas prerrogativas do SUS.

(...) às vezes você até consegue, conversando com a mulher que ela entenda, e que perceba que está vulnerável com as questões dos contraceptivos, da sexualidade, dos vários parceiros e filhos, do desemprego, enfim... Quando por pedido dela quer fazer uma laqueadura – o que eu faço? Nem sei como está acontecendo, porque começou-se todo um esquema no município e eu encaminhei as mulheres, mas toda semana estão aqui, batendo na minha porta, cobrando respostas. Ela optou pela laqueadura, passou por todo o processo e aí? Tudo parado, a gente tem uma rede falha, desestruturada. Essa falha é da gestão - falta organização para implantar os programas do Ministério da Saúde. Isso é muito sério (...). E20

Diante das dimensões sociais, emocionais e culturais, no cotidiano de trabalho dos participantes, foi possível verificar que eles utilizam os recursos da clínica ampliada para operacionalizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade.

As proposições da clínica ampliada visam tratar as pessoas de maneira integral e buscar a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, por meio da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, corresponsabilização dos usuários, compartilhamento de diagnóstico e terapêutica e elaboração de projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2009).

A reorientação do modo de operar o processo de trabalho com dispositivos estratégicos como o da ER, EAM e do PTS é fundamental para ampliar a participação e a autonomia das usuárias e concretizar a humanização no modelo de atenção e gestão do cuidado (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Segundo Gehling (2014), trata-se de um trabalho clínico que compreenda o sujeito em suas diferenças e particularidades, levando em consideração o contexto de sua vida, de sua história, subjetividade, família e território, incluindo não apenas a produção de saúde, mas também ampliando a sua autonomia.

Fica evidente para este autor a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar munida de um planejamento em saúde norteada por estratégias que podem ser desenvolvidas por todos os membros da equipe. Estas devem ser planejadas a partir do enfoque da educação em saúde e do trabalho coletivo, com o propósito de prevenção de agravos e promoção da saúde sexual para melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas.

Dentro dos recursos da clínica ampliada, os entrevistados apontaram a realização dos atendimentos conjuntos, das discussões de casos e da formulação do PTS.

O atendimento conjunto pode ser realizado no domicílio ou em espaços da USF, possibilitando troca de saberes e experiências para o profissional ampliar o manejo do cuidado em saúde (BRASIL, 2009; TELO, 2016).

Reconhecendo a complexidade e a singularidade que envolve o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade, alguns profissionais referiram precisar discutir os casos com membros da equipe de apoio matricial (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros), além da rede de apoio dessas mulheres, no intuito de desenvolver um PTS para a melhor definição de propostas de ações preventivas que envolvam a saúde sexual e reprodutiva.

Em consonância com esse apontamento, alguns estudos demonstraram que um apoiador pode viabilizar para os aconselhadores outros pontos de vista e aumentar a capacidade de perceber e lidar com a dimensão da particularidade que envolve cada mulher e favorecer o planejamento de ações subsequentes que possibilitam maior resolutividade e satisfação aos profissionais, equipe e usuárias (BRASIL, 2009; BARROS et al., 2015).

Para a construção de um PTS, as mais distintas profissões se reúnem para uma discussão coletiva, objetivando proporcionar a visualização de um indivíduo em sua dimensão biopsicossocial e possibilitar uma avaliação compartilhada a respeito das vulnerabilidades que os afeta. Uma proposta terapêutica é planejada por todos os membros da equipe multiprofissional, entendendo e dividindo a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável, entre equipe de saúde, o usuário, sua família e rede social de apoio. A proposta que será negociada pode ser estabelecida a curto, médio e longo prazo para cada profissional envolvido no intuito de realizar as articulações necessárias, assegurando um acompanhamento constante e sistemático de todas as ações planejadas (BRASIL, 2009).

Considerando a importância do PTS para ampliar a perspectiva do cuidado integral, Diniz (2012), alerta que o profissional de saúde possibilita agregar para si novas formas de pensar sua prática cotidiana e estabelecer o encorajamento do usuário, mostrando que ele é capaz de adquirir uma maior autonomia pessoal e encarar o processo saúde-doença.

Assim, é necessário ressignificar o aconselhamento em planejamento reprodutivo com o pensar e agir em saúde, associando ações de promoção e prevenção articuladas com o conhecimento técnico de cada profissional, as experiências singulares, os instrumentos de gestão e a articulação compartilhada com a rede intersetorial.

Na perspectiva de efetivar as orientações em planejamento reprodutivo diante da diversidade em que vivem as mulheres nos territórios das USFs, os profissionais de saúde incluem a intersectorialidade, contando com os CAPSs, com os serviços de assistência social, escolas, conselho tutelar, defensoria e mistério público. Destaca-se que casos mais complexos envolvem situações como usuárias de substâncias psicoativas, transtornos mentais e adolescentes.

A intersectorialidade favorece a integração com outros setores a fim de produzir efeitos mais significativos na maneira de planejar, executar e acompanhar a saúde da população. Ela promove espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para resolução ou enfrentamento do problema principal, visando ampliar o protagonismo e autonomia das pessoas, a melhoria de suas condições de vida e a construção de políticas públicas (DIAS et al., 2014).

No processo de articulação com a rede, novos horizontes vão se desvelando para produzir uma rede de cuidado que elabore de forma compartilhada estratégias singulares, quebrando a lógica de manter uma relação com outros equipamentos apenas sob a lógica restrita dos encaminhamentos (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

A abordagem ampliada da atenção à saúde na ESF faz emergir a problematização no processo de trabalho, que por ser em parte fruto da subjetividade humana e da complexa realidade adscrita ao território, pode trazer aos profissionais de saúde dificuldades no cumprimento dos seus papéis de educadores em saúde (BARBOSA et al., 2015; BEDRIKOW; CAMPOS, 2017).

A clínica ampliada requer dos profissionais de saúde um exame permanente dos seus valores e dos valores em jogo na sociedade, para que se ampliem os dispositivos de cuidado, exigindo a circulação das suas demandas dentro das equipes e em outros serviços (BRASIL, 2009).

Diante da dificuldade de lidar com o fracasso e o sucesso das ações, os profissionais de saúde e a equipe podem abrir espaços de discussão, quanto aos desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho (GEHLING, 2014).

De acordo com a Política de Humanização, o processo de subjetivação dentro do espaço inter-relacional toma importância e o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos se transformam - de um lado o profissional se apropria da realidade, de outro os usuários buscam por soluções para as suas demandas. Para que esse processo aconteça, é preciso que se conheçam os obstáculos presentes que podem interferir nas relações (BRASIL, 2013; GEHLING, 2014).

Os obstáculos que colocam em risco a atuação dos profissionais de saúde no cumprimento de seus papéis como educador em saúde para o aconselhamento em planejamento reprodutivo, foram sinalizados pelos entrevistados, quando relataram a necessidade da EPS e de capacitações sistematizadas para atender às peculiaridades de atuação na comunidade.

Esta é uma fragilidade que precisa ser revista pela gestão municipal, pois sem tais investimentos, que apoiem as equipes de saúde com o propósito de recomposição das práticas, fortalecimento na organização do processo de trabalho e proteção a saúde do trabalhador, será difícil ressignificar posturas profissionais e o cenário da prática.

A EPS tem por objetivo transformar as práticas e os processos de trabalho, instrumentalizando os profissionais e equipes de acordo com os problemas vividos em seu dia a dia de trabalho e não apenas na atualização técnico-científica (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2013).

Segundo Signor et al. (2015), a EPS é uma alternativa para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, pois de posse de novos conhecimentos poderão aperfeiçoar a educação em saúde aos usuários e assegurar uma atenção mais qualificada e segura.

Uma nova racionalidade na gestão de coletivos é a formação de compromissos entre os trabalhadores de saúde, que por meio de grupos de trabalho, cada profissional fica efetivamente inserido num sistema de corresponsabilidade (CAMPOS, 2013; GEHLING, 2014). Este compromisso reflete ações de saúde coletiva ampliada que busca por trabalhadores que atuem como parceiros na luta pela saúde, em vez de perpetuar relações de submissão, culpabilizações para poder superar as frustrações dos “suposto fracassos” e relações de poder-saber (BRASIL, 2009).

Quanto às demandas de capacitações, elas precisam ser identificadas de acordo com a necessidade de cada serviço, cabendo aos profissionais prestarem atenção em seus cenários de atuação e nas necessidades da população para contínua negociação e pactuação política na definição das ações de EPS (BRASIL, 2014).

A qualificação da prática dos profissionais depende de uma compreensão que a gestão e a clínica são duas instâncias indissociáveis, uma vez que essas práticas derivam das condições institucionais que definem modos de funcionamento da organização. Portanto, processos de formação e de trabalho e das relações que se estabelecem nas práticas clínicas e de gestão precisam ser geridos por meio de processos de EPS com foco nos profissionais e nos contextos institucionais.

Conforme foi relatado pelos participantes dessa pesquisa, a organização da gestão municipal nas ações de planejamento reprodutivo se mostra frágil dificultando que a AB possa efetivar o cuidado ampliado das mulheres em condições de vulnerabilidade em todas as suas necessidades.

Considerando que a gestão pública perpassa pelo poder, pela coletivização das políticas públicas e pelas práticas institucionais, ela deve se organizar a partir dos princípios, de normas, protocolos e programas do SUS, para conduzir as práticas gerenciais e de produção de saúde. No entanto, são as pessoas inseridas nela que estabelecerão, de fato, o desenho institucional e seus fluxos, para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde e para o atendimento das necessidades da população (SULTI et al., 2015).

Os gestores assumem papel estratégico para envolver a participação dos trabalhadores e da população nos processos decisórios e construir um modelo assistencial que trabalhe a consolidação do SUS.

De acordo com Leitão et al. (2015), no processo de organização da rede de atenção e das ofertas de cuidado é indispensável que o gestor utilize conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permita melhorar a qualidade de suas decisões na prestação do serviço à saúde da população.

O planejamento e a avaliação são instrumentos essenciais para apoiar a gestão, ampliar a cobertura e o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Esses instrumentos de gestão permitem definir proposições e viabilidade com vistas a solucionar problemas a partir do levantamento das necessidades individuais e coletivas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No entanto, se o planejamento e a programação das ações não forem pautados nas avaliações, podem gerar barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugares não apropriados, com conseqüente desorientação, baixa resolutividade e falta de protagonismo dos trabalhadores e população. A fragmentação da assistência em saúde leva ao isolamento e incomunicabilidade dos serviços de apoio, desarticulação entre os níveis de atenção e descontinuidade no atendimento à população (LORENZETTI et al., 2014).

Fica evidenciado que a ineficiência da organização da gestão pública pode ocasionar fragmentação na atenção e nos serviços de saúde, restringindo ou impedindo os profissionais de fazerem uma abordagem integral, o que configura uma assistência carente de humanização e qualidade.

Cabe a gestão pública nos serviços de saúde manter o máximo de eficiência (relacionar produtos e recurso empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e



efetividade (resolver os problemas identificados) na implantação das políticas públicas de saúde para atingir as suas finalidades (JORGE et al., 2015).

As políticas públicas de saúde por meio de seus programas, normatizações, decretos e portarias ministeriais possibilitam colocar em prática o direito a uma assistência integral à saúde e uma gestão compartilhada dos serviços e tecnologias em saúde.

Com um modelo de atenção em saúde visando os princípios de clínica ampliada, espera-se que as instâncias gestoras e trabalhadores construam uma assistência em planejamento reprodutivo de maneira integral, facilitando o acesso das pessoas em sua singularidade, respeitando às escolhas individuais e a oferta de uma assistência à contracepção com atenção resolutiva.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa constatou que os fatores socioeconômico, histórico-cultural e político foram identificados como desencadeantes da vulnerabilidade das mulheres pertencentes aos territórios das USFs do município de São Carlos, e que eles contribuem para a perpetuação dos ciclos de pobreza e exclusão social formando barreiras que afetam de maneira desigual as oportunidades e possibilidades destas mulheres desenvolverem uma vida saudável.

Uma vez que estes fatores estão presentes no cotidiano de vida dessas mulheres, estas desenvolvem uma dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, que as tornam mais suscetíveis ao enfrentamento da violência, as questões de gênero e aos agravos à sua saúde física e psíquica, reduzindo sua capacidade de decisão e ação.

O reconhecimento das vulnerabilidades que afetam a saúde das mulheres, mobilizam os profissionais de saúde conduzir o aconselhamento em planejamento reprodutivo considerando a complexidade e a singularidade de cada situação apresentada nos território das USFs.

Os dispositivos assistenciais de cuidado, como o acolhimento, escuta, linguagem e o vínculo, têm sido utilizados de forma sistematizada para favorecer abordagens integradas e assegurar o cuidado longitudinal em saúde sexual e reprodutiva de mulheres em condições de vulnerabilidade.

A dinâmica do processo de trabalho, utilizando recursos da clínica ampliada, demonstrou ser estratégia valiosa e desafiadora para ampliar as possibilidades de eficácia na escolha e utilização dos métodos contraceptivos entre mulheres em vulnerabilidade.

Como ferramenta de gestão, a EPS deve ser incentivada, pois valoriza positivamente os profissionais e fortalece a equipe de saúde, facilitando o aconselhamento em planejamento reprodutivo.

Intervenção de políticas públicas capazes de reduzir as iniquidades com ações programadas nos territórios e consolidação dos processos democráticos de definição dessas políticas foram evidenciadas como necessidades prementes. Além disso, ficou registrado que maior investimento do gestor público na mobilização de recursos comunitário, institucional e intersetorial são essenciais para melhoria da qualidade e equidade da atenção à saúde e do acesso dessas mulheres nas USFs.

Realizar planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade sob os princípios da integralidade requer atenção especial, pois a complexidade e a singularidade que as envolvem, ao mesmo tempo em que proporcionam aos profissionais de saúde a

utilização de diferentes estratégias e recursos para um adequado aconselhamento, geram inseguranças e sentimentos conflituosos que podem comprometer o cuidado.

Enfim, fortalecer a gestão do cuidado e do processo de trabalho na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em condições de vulnerabilidade contribui para garantir os direitos dessas mulheres na sociedade e ajuda no estado de completo bem-estar social, mental e físico para que possam melhorar sua qualidade de vida.

Concluiu-se que os médicos e enfermeiros da ESF identificaram que mulheres em condições de vulnerabilidade vivenciam de maneira desigual e em desvantagem os fatores socioeconômico, histórico-cultural e político. Para realizar o aconselhamento em planejamento reprodutivo, os profissionais têm utilizado dispositivos e arranjos de gestão do cuidado e da clínica ampliada.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002. 192 p.

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/index.php/S1413-81232011000100034>>. Acesso em: 06 maio. 2016.

APERIBENSE, P. G. G. S; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev.esc.emf. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php/abstract&pid62342008000300009&lngt>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ARBOIT, J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, n. 03, p. 1-7, 2017. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>. Acesso em: 15 maio. 2018.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999. cap. 3, p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. cap. 2 , p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M, FRANÇA JUNIOR, I; PAIVA, V. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: AYRES J. R.C. M; BUCHALLA, C. M; PAIVA, V, (orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. (Livro 1). Curitiba: Juruá, 2012. cap. 4, p. 43-94.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMANN, M; JUNIOR, M. D; CARVALHO, Y. M, (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2012. cap. 3 , p. 375-497.

AYRES, J. R. C. M; SATO, M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1-12, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140408.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140408.pdf)> Acesso em 12 mar. 2018.

AYRES, J. R. C. M; KALICHMAN, A. O. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p.1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000803001>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

AZEVEDO, E; PELICIONI, M. C. F; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revisa de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4,

p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1 ed. Lisboa: Edições 70-Brasil, 2011. 280 p.

BARATIERI, T; MANDÚ, E. N. T; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Cienc. enferm**, Chile, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012. Disponível em: <[www.scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=S0717-9553201200](http://www.scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=S0717-9553201200)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BARBOSA, T. L. A. et al. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 531-538, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2017.

BARBOSA, I. R; COSTA, I. C. C. A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas. **Portal DSS-Nordeste**, Recife, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-ntexto-das-populacoes-negligenciadas>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BARROS, J. O. et al. Estratégias do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciS1413123201500902847&ln>> Acesso em: 18 jun. 2018.

BASTOS, L. J; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 112p.

BAUM, P. et al. Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-4, 2016. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/v32n5/1678-4464e00064416.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

BEDRIKOW, R; CAMPOS, G. W. S. A clínica nos documentos para a Atenção Básica no Brasil. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública**, Londrina, v.18, n. 12, p. 25-35, 2017. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/e/pdf\\_1](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/e/pdf_1)>. Acesso em: 27 abr. 2018.

BEZERRA et al. Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n.2, p. 99-108, 2018. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view>>. Acesso em 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 27 p.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação das ações de aconselhamento em DST / Aids .** Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 69 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 8; Série A - Normas e Manuais Técnicos, n.131).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Planejamento Familiar: manual para o gestor.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 150 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde –** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1).

\_\_\_\_\_. Lei nº 11340 de 07 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** Diário Oficial da União; Brasília, 8 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/lei/111340.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST /**Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 197 p.:Il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 18).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 106 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il.(Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. 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. 52 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Resolução n° 192**, de 27 de Maio de 2009. Dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dá outras providências: Diário da União, Brasília, 28 maio. 2009. Seção 1, p. 84. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/n32.html>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. Reimp – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E: Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Diário da União, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/2012/.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 256 p: il.- (Cadernos Humaniza SUS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 10 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 16 p.: il. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos) (caderno nº 8). Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 17 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 278**, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Nota Técnica Conjunta MDS/MS N° 001/15**. Aprova: diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília-DF: Secretaria Nacional de Assistência Social/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015. Disponível em: <<https://www.mds.gov.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.901/2016**. Dispõe sobre a atualização da estrutura regimental do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimento\\_interno\\_ministerio\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimento_interno_ministerio_saude.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2018.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.º. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200013&script)>. Acesso em: 11 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMANN, M; JUNIOR, M.D; CARVALHO, Y.M, (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2012. cap. 1, p. 41-80.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 240 p.

CAMPOS, M. O; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/edicoes-antiores/2001-a-2016/156-edicoes-2008/is-n-4-out-dez-2008/1134-qualidade-de-vida>>. Acesso em: 28 maio. 2018.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.18, n. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS G. W. S; MINAYO, M. C. S; AKERMANN, M; JUNIOR, M. D; CARVALHO, Y. M, (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2012. cap. 4, p.837-869.

CARVALHO, F. T; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminismo e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1889-1898, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.2008000600024](http://www.scielo.br/scielo.2008000600024)>. Acesso em: 2 maio. 2018.

CECILIO, L. C. O; LACAZ, F. A. C. **O Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 74 p.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1996. 209 p.

COELHO, E. A. C et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. **Esc Anna Nery Enf**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/ean](http://www.scielo.br/pdf/ean)>. Acesso em: 7 jun. 2018.

COSTA, A. M; GUILHEM, D; SILVER, L. D. Planejamento familiar: autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

COSTA, A. M. Participação social na conjuntura das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência&Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 1073-1083, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400014>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

COSTA, S. M; DURÃES, S. J. A; ABREU, M. H. N. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1865 - 1873, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320100007001000>> Acesso em: 17 jan. 2017.

COSTA, A. S da; SOUZA, J. M. P. E de; CHAGAS, M. C. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará. In: LOPES, A. M. D'ÁVILA; JUCÁ, R. L. C; COSTA, A. S da. (orgs). **Gênero e Tráfico de Mulheres**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2013. cap. 2, p. 147- 154.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, , 2010, 209 p.

CUNHA, G. T; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: CAMPOS, G. W. S; GUERREIRO, A. V. P (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010. cap. 2, p. 34-60.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

CUSTÓDIO, A; SILVA, C. R. C. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. In: **Anais XI Seminário Nacional: Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, I Mostra Nacional de Trabalho Científicos**. Santa Cruz do Sul, RS: UNISC, 2015. Disponível em: <<http://online.unisc.br/a14264/2708>>. Acesso em: 13 maio. 2018.

DIAS, M. S. A et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, Ceará, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados**. 2012. 122 f. (Dissertação de mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza - CE, 2012.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L et.al. Fatores associados à violência por parceiros íntimos em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 299-231, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/7172.pdf>>. Acesso em: 29 maio. 2018.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L; SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e atenção às mulheres em situação de violência: contribuições acerca da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; ENGEL, T; ASENSI, F. D. (orgs). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do**

**cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO, 2017. cap. 5, p. 91-103.

DRS III. Departamento Regional de Saúde III. Plano de Ação Regional da Rede Psicossocial da Região de Saúde Coração do DRS III- Araraquara/SP, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: out. 2018.

FALKENBERG, M. B et al., Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 18 março. 2018.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 68 p.

FERTONANI, H. P et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)> Acesso em: 19 abr. 2018.

FIGUEIREDO, M. D; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: CAMPOS G. W. S, GUERREIRO A.V. P, (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Hucitec; 2010, p. 154-68.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação.** 2012. 341 f. Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, 2012.

FILGUEIRAS, S. L; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 121-131, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 maio. 2016.

FILGUEIRA, C. H. Estrutura de oportunidades y vulnerabilidade social: aproximaciones conceptuales recientes. In: CEPAL. **Seminario Vulnerabilidad. Santiago de Chile:** CEPAL, 2001.

FREITAS, M. L. A; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde a Estratégia de Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>>. Acesso em: 23 maio. 2018.

GAMA, A. S. **Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil.** São Paulo: Cortez, 2015, 256 p.

GEHLING, C. R. **Planejamento familiar e a possibilidade de atuação na realidade através do trabalho em equipe multiprofissional.** 2014. 30 f. (Trabalho de conclusão em mestrado profissional) – Faculdade de Medicina em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008. p. 200.

GOMES, N. P et al. Homens e Mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012200016](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012200016)>. Acesso em: 9 jun. 2018.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; MENDES JUNIOR, W. V, (orgs). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed., Fiocruz/ENSP/EAD, Rio de Janeiro, p. 153-190, 2011. Disponível em: <[www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_320215091.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2017

GRIGOLO, T. M; PAPPANI, C. Clínica Ampliada: Recursos Terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um Município do Norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 01-26, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2903/3948>> Acesso em 19 jun. 2018.

HOGAN, D. J; MARANDOLA, E. As dimensões da Vulnerabilidade. **Rev Perspectiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar 2006. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.b.pdf> >. Acesso em: 21 jan. 2017.

HOLANDA, E. R et al. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Rev Bras Promç Saúde**, Fortaleza, v.31, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6580>>. Acesso em 1 maio. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo populacional** 2017. Disponível em: <[http://www.ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](http://www.ftp.ibge.gov.br/Estimativas_2013/nota_metodologica_2013.pdf) >. Acesso em: dez. 2017.

ISNTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29526&catid=10&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29526&catid=10&Itemid=9)> Acesso em: mar. 2017.

JORGE, M. S. B. et al. Gestão em Saúde: Modelo, Desafios e Possibilidades. In: SILVA, R. M da; JORGE, M. S. B; JÚNIOR, A. G da. (orgs). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. [livro eletrônico] - Fortaleza: EdUECE, 2015. cap. 10, p. 249-269. Disponível em: <[www.uece.br/eduece](http://www.uece.br/eduece) >. Acesso em: 12 ago. 2018.

KALICHMAN, A. O; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X20160803001> >. Acesso em: 25 jun. 2018.

LACERDA, J. T de; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis: UFSC, 2013, 104 p. (Eixo 2 – O Trabalho na Atenção Básica). Disponível em: <[www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br) >. Acesso em: 12 ago. 2018.

LEITÃO, I. M. T de. et al. Introdução. In: SILVA, R. M da; JORGE, M. S. B; JÚNIOR, A. G da. (orgs). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. [livro eletrônico] -

Fortaleza: EdUECE, 2015. introdução, p. 19-29. Disponível em: <[www.uece.br/eduece](http://www.uece.br/eduece)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LOPES, A.S et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p.114-123, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042151114](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042151114)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/-23-02-00417.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2018.

LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Rev Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p.671-682, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>> Acesso em: 5 abr. 2018.

MACHADO, M. H. et.al. **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Observatório de Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006. 136 p. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxvzLXBmhvJNwxmzdVnHRjWwBVkB?projector=1&messagePartId=0.1>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007. p. 331.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, C. S. L. “Educação em Saúde”. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP 2012. p. 11. Disponível em: <[www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/)>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1767-1776, 2016. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601767&script=sci...tlnq](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601767&script=sci...tlnq)>. Acesso em: 17 maio. 2018.

MALTA, D. C. et al. A implantação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>>. Acesso em: 6 maio. 2018.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (orgs.). **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1993, p.321.

MASSIGNAM, F. M; BASTOS, J. L. D; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Ser. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 541-544, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300020>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n 5, p. 1411-6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2016.



MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004> >. Acesso em: 22 abr. 2018.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. 20 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 132 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 54 p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 406 p.

MONKEN M. et.al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C; MONKEN, M. (orgs). **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. cap. 2, p. 23-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em 7 jan. 2017.

MOURA, R. G; LOPES, P. L; SILVEIRA, R. C da. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta? **Caderno UniFoa**, Volta Redonda, n. 32, p.55-66, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/pc/Downloads/430-2644-1-PB.pdf>>. Acesso em 8 maio. 2018.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. **Geneva: WHO**, 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/4451501002eng.pdf>>. Acesso em: abr. 2018.

OLIVEIRA, M. de. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-64, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2018.

OLIVEIRA, R. N. G, FONSECA, R. M. G. S. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, (esp 2), p.32-39, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/v48.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

OVIDO, R. A. M; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface – Botucatu**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 237- 249, 2015. Disponível em: < [www.scielo.br//2015nahead/1807-5762-.pdf](http://www.scielo.br//2015nahead/1807-5762-.pdf) >. Acesso em: 23 mar. 2016.

PAIVA, C. C. N. et al. Educação em saúde segundo os preceitos do movimento feminista: estratégias inovadoras para promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/readcube/.5935/1414-8145.20150092&pid>>. Acesso em 19 abr. 2018

PAIVA, C. C. Mulheres catadoras: articulação política e ressignificação social através do trabalho. **Rev. Idéias**, Campinas, v. 7, n. 2, p.151-174, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

PATRIOTA, L. M; MIRANDA. D. S. M. Aconselhamento em DST/AIDS a gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB. In DAVI, J; MARTINHO, C. PATRIOTA, L. M., (orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios** [online]. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011, cap. 8, p. 201-218. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books.<<http://books.scielo.org/id/zw25x>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAYA, Bader. (org.). **Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2006, cap.4, p. 67-86.

PEREIRA, T. T. S. O; BARROS, M. N. S; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em saúde: O paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental** [online], Barbacena-MG, ano IX, nº 17, p. 523-536, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.observa.br/pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

PEREIRA, R. C. A; RIVERA, F. J. U; ARTIMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, p.327-340, abr./jun.2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco: IMS/UERJ, 2006. cap.4, p. 39-58.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/html>>. Acesso em jun. 2018.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 270 p.

PRADES, P. L. **Violência Doméstica e de gênero: perfil demográfico e psicossocial de mulheres abrigadas**. 2007. 126 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, V. P. et al. Práticas de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 735-743, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00735.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00735.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2017.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na Sociedade de Classes - Mito e Realidade**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 384 p. (coleção Sociologia Brasileira).

SALVADOR, E. S; YANNOULAS, S. C. Orçamento e financiamento de políticas públicas: questões de gênero e raça. **Revista feminismo**, Bahia, v. 1, n. 2, 2013. Disponível em: <[www.feminismos.neim.ufba.br](http://www.feminismos.neim.ufba.br)>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANCHEZ, A. I. M; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319- 24, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.S1413-81232007000200007](http://www.scielo.br/scielo.S1413-81232007000200007)> Acesso em: 5 mar. 2016.

SIGNOR, E. et al. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Ver Enferm**, UFSM: Rio Grande do Sul, v. 5, n. 1, p.1-11, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

SILVA, K. C. S. **A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. 2011. p 115. Dissertação (mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

SILVEIRA, E. C; SILVA, S. F. M. Chefia feminina: uma análise sobre a estrutura das famílias monoparentais femininas e a feminização da pobreza. In: **IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social**, 2013, Fortaleza. Anais. Fortaleza: UECE, p.122-137. 2013. Disponível em: <<http://www.uece.breventosanais.pdf>> Acesso em: ago. 2018.

SOUZA, G. C. de A; COSTA. C. I. do C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.509-517, 2010. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SOUSA, L. P; GUEDES, D. R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 87, p.123 - 139, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000200123](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000200123)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

STREFLING, I. S. S. et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio Grande, v. 17, n. 4, p. 698-704, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130014>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final da 02ª Conferência Municipal de Saúde. 14 a 16 jun., 2002.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Administrações Regionais de Saúde – ARES. 2015. Disponível em:



<[www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-de-saude.ares](http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-de-saude.ares)>. Acesso em: 2 junh. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 22 de 30 de Janeiro de 2017. Dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal de São Carlos: Diário Oficial do Município, São Carlos, 31 jan. 2017. ano 9, n.º 1016. Disponível em: <[www.saocarlos.sp.gov.br](http://www.saocarlos.sp.gov.br)>. Acesso em: 16 out. 2018.

TANAKA, O. Y; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

TELO, S. V. **Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na atenção primária à saúde**. 2016. p 135. Dissertação (mestrado em Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Biblioteca Comunitária. Guia para elaboração de Referências, de acordo com NBR 6023:2002. São Carlos, 2012. Disponível em: <<http://www.bco.ufscar.br/servicos-bco/capacitacao-do-usuario/normalizacao-de-trabalhos/normalizacao-de-trabalhos-academicos>> Acesso em: 3 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Comunitária. Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos, de acordo com NBR 14724:2011. São Carlos, 2015. Disponível em: <<http://www.bco.ufscar.br/servicos-bco/capacitacao-do-usuario/normalizacao-de-trabalhos/trabalhos-academicos-de-acordo-com-nbr-1474-2011>>. Acesso em: 3. Set.2016.

\_\_\_\_\_. Biblioteca Comunitária. Normalização Documentária: citações em documentos, de acordo com NBR 10520:2002. São Carlos, 2018. Disponível em: <<http://www.bco.ufscar.br/servicos-bco/capacitacao-do-usuario/normalizacao-de-trabalhos/normalizacao-de-trabalhos-academicos>>. Acesso em: 5 set. 2016

VALADÃO, M. M. **Vulnerabilidade pessoal, programática e social**. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós Graduação e Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <[www.unodc.org/pdf/brazil/politicas\\_publicas\\_violencia/05\\_vulnerab\\_imp.pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/politicas_publicas_violencia/05_vulnerab_imp.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2015.

VENÂNCIO, K. C. M. P, **A magnitude da violência de gênero entre mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários**. 2012. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10052012-124820](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-10052012-124820)>. Acesso em: 11 maio. 2018.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089 – 1100, 2015. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089)>. Acesso em: 21 maio. 2018.

VIGNOLI, J. R. Vulnerabilidade sociodemográfica: antigos e novos riscos para a América Latina e o Caribe. In: CUNHA, José Marcos Pinto (org). **Novas Metrôpoles Paulistas: População, vulnerabilidade e segregação**. Campinas: Unicamp, 2006. cap. 4, p 95-142.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012 atualização: Homicídios de mulheres no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Flacso Brasil. Ago. de 2012. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2016.

WARSCHAUER, M. CARVALHO, Y. M. O conceito “intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do programa lazer e saúde da Prefeitura de Santo André. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.191-203, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>>. Acesso em: 19 maio. 2018.

## **APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Aconselhamento em Planejamento Reprodutivo de Mulheres em Condições de Vulnerabilidade, segundo a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”, sendo nosso objetivo Analisar o aconselhamento em planejamento reprodutivo de mulheres em condições de vulnerabilidade nas Unidades de Saúde da Família, segundo a percepção dos médicos e enfermeiros. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada aberta, com perguntas que serão gravadas e depois transcritas, garantindo sigilo de sua identidade e informações prestadas, havendo a necessidade de autorização explícita da gravação de sua voz mediante a assinatura deste Termo.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não terá despesas pessoais e compensações financeiras relacionadas à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelos pesquisadores.

Quanto aos riscos relacionados à sua participação, você poderá se sentir constrangido, incomodado ou desconfortável em responder a pergunta sobre o seu percurso e o atendimento nesta unidade de saúde e poderá julgar a pergunta impertinente. Caso isso seja observado ou você não se sinta à vontade com alguma questão ou situação, a entrevista será imediatamente interrompida e suas respostas descartadas. Você não será submetido a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica.

É importante ressaltar que haverá benefício da sua participação nesta pesquisa, pois os resultados, obtidos por meio das repostas da sua entrevista, poderão servir para a melhoria na prestação dos serviços de planejamento reprodutivo as mulheres em condições de vulnerabilidade na Rede de Atenção à Saúde do município de São Carlos e outros municípios.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes voluntários, não sendo divulgada em hipótese alguma a sua identificação.

Você será acolhido(a) pelo pesquisador caso sinta em qualquer momento desta pesquisa prejudicado por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos.

Você receberá uma cópia deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador responsável, onde constam o telefone e o endereço do mesmo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, e o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa. O pesquisador responsável poderá ser encontrado através do endereço: Rua: São Joaquim, 1233, Centro. Telefone: 3362-1350 e-mail: saúde@saocarlos.sp.gov.br e pelo seguinte telefone (16)99115-3879 e e-mail: luflujan@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar – Via Washington Luiz SP-310, Km. 235 – Caixa Postal 676, Telefone: (16) 3351-9683 – E-mail: cephumanos@ufscar.br.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br**

Local e data:

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do pesquisador responsável  
Luciana Francisco Lujan

**ANEXOS****ANEXO A: Carta de Autorização Institucional****CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

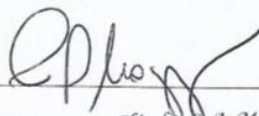
Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, informo que o projeto de pesquisa intitulado “**Aconselhamento Contraceptivo de Mulheres em Condições de Vulnerabilidade da Estratégia da Saúde da Família**” apresentado pelo(a) pesquisador(a), Luciana Francisco Lujan, e que tem como objetivo principal analisar o aconselhamento contraceptivo de mulheres em condições de vulnerabilidade nas Unidades de Saúde da Família, segundo a percepção dos médicos e enfermeiros deste município, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

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

(representante legal)



*Cláudia A. Mazzuccio*  
Diretora do Departamento de  
Gestão do Cuidado Ambulatorial  
S.M.S.

---

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

## **ANEXO B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar**

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO DE MULHERES EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** LUCIANA FRANCISCO LUJAN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62743116.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do**

**Parecer:** 1.873.595

#### **Apresentação do Projeto:**

No Brasil a política nacional de planejamento reprodutivo, diz respeito especialmente à atenção básica pois a assistência à regulação da fecundidade consiste, sobretudo, em ações de prevenção de agravos, de promoção, informação, e vigilância em saúde e de potencialização do exercício do direito à saúde sexual e saúde reprodutiva com princípios de igualdade, do respeito às diferenças e do pleno exercício da cidadania.

Com tais fundamentos o Ministério da Saúde visa à prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva de segmentos específicos da população feminina, reconhece à proteção especial as mulheres em situação de maior vulnerabilidade e ao abordar sexualidade nos seus significados culturais, de gênero, e do entendimento dos aspectos sócio-econômico-cultural da família, possibilita a ampliação das ações dos profissionais de saúde para além do aspecto biológico por meio do aconselhamento contraceptivo como espaço integrador do cuidado.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o aconselhamento contraceptivo de mulheres em condições de vulnerabilidade nas Unidades de Saúde da Família, segundo a percepção dos médicos e enfermeiros em um município do estado de São Paulo.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.873.595

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os participantes poderão se sentir constrangidos, incomodados ou desconfortáveis em responder algumas questões sobre o aconselhamento contraceptivo de mulheres em condições de vulnerabilidade. Caso isso seja observado ou o participante não se sinta à vontade com alguma questão ou situação, a entrevista será imediatamente interrompida e as respostas descartadas. Os participantes não serão submetidos a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo se relacionam ao fato de que os resultados poderão servir para a melhoria na prestação dos serviços de planejamento reprodutivo as mulheres em condições de vulnerabilidade na Rede de Atenção à Saúde do município de São Carlos e outros municípios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados

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

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825733.pdf	26/11/2016 16:49:28		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/11/2016 16:48:09	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.873.595

Outros	Instrumento_pesquisa.pdf	26/11/2016 16:45:23	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_institucional.pdf	26/11/2016 16:44:40	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	26/11/2016 16:41:23	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2016 16:38:38	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	26/11/2016 16:37:53	LUCIANA FRANCISCO LUJAN	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 14 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br