

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SHANA VIEIRA TELO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:
COMPETÊNCIAS DA EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Porto Alegre
2016**

SHANA VIEIRA TELO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:
COMPETÊNCIAS DA EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas, Avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Telo, Shana Vieira

Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na atenção primária à saúde / Shana Vieira Telo. -- 2016.

134 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Saúde sexual e reprodutiva. 2. Direitos sexuais e reprodutivos. 3. Competência profissional. 4. Atenção primária à saúde. I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Título.

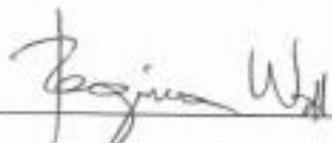
SHANA VIEIRA TELÓ

CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE EM SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

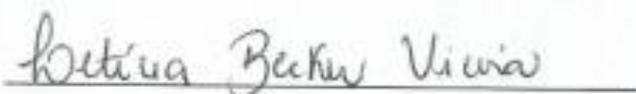
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Membra da banca

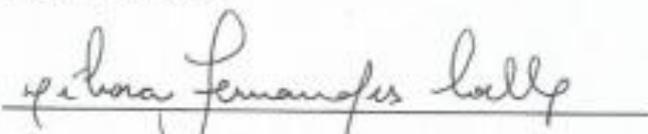
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Leticia Becker Vieira

Membra da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Debora Fernandes Coelho

Membra da banca

UFCSPA

Com amor, dedico este trabalho para a pessoa mais importante da minha vida: Maria Antônia, minha filha, que nasceu nesta trajetória e é, sem dúvida, o meu maior presente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por me possibilitar a chance de estudar e me aperfeiçoar cada vez mais.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação pela possibilidade de aperfeiçoamento. À minha orientadora professora Regina Witt pela atenção, disponibilidade e carinho durante este período.

Agradeço a instituição GHC pela liberação e aos colegas de unidade por entenderem minhas ausências.

Agradeço aos meus pais Ivo e Célia que sempre me incentivam a seguir atrás dos meus sonhos na busca de ser alguém melhor.

Agradeço a Fê pela ajuda com a Maria e ao Vitor pela ajuda nas tabelas e digitação.

Agradeço imensamente a mana Adri por ser tão cuidadosa comigo e com a Maria, sempre nos cuidando e nos acolhendo em seus braços. Sem tua ajuda com a filhota certamente eu teria desistido deste trabalho. Gratidão por ser como uma mãe pra mim e pra minha filha!

Agradeço ao meu grande amor Anderson por todas as palavras de apoio e incentivo, por entender minhas ausências, meu cansaço e minhas limitações. Agradeço por ser um grande companheiro e um grande pai para nossa pequena. Agradeço por embalar a Maria por noites e noites para que eu pudesse me concentrar e escrever. Gratidão à vida por ter me colocado em teu caminho. Te amo!

“Há um tempo que é preciso abandonar as roupas usadas, que já a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

RESUMO

TELO, Shana Vieira. **Saúde sexual e reprodutiva**: competências da equipe na atenção primária à saúde. 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva foram desenvolvidos recentemente advindos da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Embora haja um reconhecimento da necessidade de formação por competências nesta área, sua delimitação ainda não foi explorada no Brasil. Este trabalho teve como objetivo construir um referencial de competências transversais para atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de especialistas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem mista (quali-quantitativo). Foram convidados a participar do estudo 41 especialistas em saúde Sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos, selecionados na Plataforma Lattes. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica Delphi online. Para a construção das competências, foram realizadas três rodadas, sendo que a primeira visou fazer um levantamento das competências. Na segunda etapa o questionário constou dos esquemas de competências resultantes da primeira etapa, adicionadas de uma escala de Likert com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que manifestassem seu grau de concordância. Na 3ª etapa o instrumento foi enviado aos participantes para a validação das competências que não obtiveram consenso no segundo questionário. Na primeira e segunda etapa participaram 18 especialistas e na terceira 17. Em um primeiro momento, realizou-se a análise qualitativa para a produção dos enunciados das competências, baseada na interpretação das justificativas apresentadas pelos respondentes para cada competência indicada e, após, a análise quantitativa dos dados para estabelecer consenso entre os respondentes, sendo adotado o critério de 70% para os valores 4 e 5 da escala de Likert. Das 36 competências resultantes da análise qualitativa, 32 alcançaram consenso, sendo classificadas em quatro domínios: ética e princípios profissionais; liderança e gestão; trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação; e, provisão do cuidado. Os resultados indicam competências semelhantes às preconizadas na literatura internacional. Estas competências, por serem transversais, podem subsidiar o planejamento de ações e as práticas das equipes no âmbito da saúde Sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva. Direitos sexuais e reprodutivos. Competência profissional. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

TELO, Shana Vieira. **Sexual and reproductive health**: construction of competences in primary health care services. 2016. 134 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Sexual and reproductive health rights were developed recently as a result from the movements that fought for Human Rights and citizenship. Delimitations of this subject have not been explored in Brazil yet, even though the importance of developing skills related to this subject is recognized. This paper aims to construct a Sexual and Reproductive health transversal skills framework based on specialists' point of view. This is a descriptive and exploratory research through a qualitative and quantitative approach. The participants were selected through the Lattes Platform, which resulted in the invitation of 41 specialists in sexual and reproductive health and in sexual and reproductive health rights. The data was gathered through Delphi online. In order to determine the necessary skills, three rounds of data gathering were carried out. While the first round aimed to identify the necessary skills, in the second one, the participants were asked to express their agreement or disagreement with those skills through the Likert scale. In the third round, the participants were asked to validate the skills that did not achieve a general consent in the second round. There were 18 participants in the first and second rounds, and 17 participants in the third one. After the data gathering, a qualitative analysis was carried out in order to determine the skills' titles based in the arguments for each skill expressed by the participants. Then, a quantitative analysis of the data was performed in order to determine a consensus between the participants, adopting the criterion of 70% in items 4 and 5 of the Likert scale. Of the 36 skills resulting from the qualitative analysis, 32 achieved a general consent and being classified in four domains: ethics and professional principles; leadership and management; community work, health and education, counseling and evaluation; and health care. Results show skills that are similar to those recommended by the international literature. These skills, which are transversal, may support the development of actions and practices of the health professionals concerning sexual and reproductive health care.

Keywords: Sexual and reproductive health. Sexual and reproductive rights. Professional competence. Primary health care.

RESUMEN

TELO, Shana Vieira. **Salud sexual y reproductiva: competencias del equipo en la atención primaria a la salud.** 2016. 134 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Los derechos a la salud sexual y reproductiva fueron desarrollados recientemente provenientes de la lucha por la ciudadanía y por los Derechos Humanos. Aunque haya un reconocimiento de la necesidad de formación por competencias en esta área, su delimitación todavía no fue explorada en Brasil. Este trabajo tuvo como objetivo Construir un referencial de competencias transversales para atención en Salud Sexual y Reproductiva en la Atención Primaria a la Salud desde la visión de especialistas. Éste es un estudio exploratorio-descriptivo, de abordaje misto (cuali-cuantitativo). Fueron convidados a participar del estudio 41 especialistas en salud Sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, seleccionados en la Plataforma Lattes. Para la recolección de datos, fue utilizada la técnica Delphi online. Para la construcción de las competencias, fueron realizadas tres rodadas, siendo que la primera visó hacer un reconocimiento de las competencias. En la segunda etapa el cuestionario constó de los esquemas de competencias resultantes de la primera etapa, adicionadas de una escala de Likert con valores del 1 (no estoy de acuerdo) al 5 (estoy de acuerdo), para que manifestasen su grado de concordancia. En la 3ª etapa el instrumento fue enviado a los participantes para la validación de las competencias que no obtuvieron consenso en el segundo cuestionario. En la primera y segunda etapa, participaron 18 especialistas y en la tercera 17. En un primer momento, se realizó el análisis cualitativo para la producción de los enunciados de las competencias, basada en la interpretación de las justificativas presentadas por los respondientes para cada competencia indicada y, después, el análisis cuantitativo de los datos para establecer consenso entre los respondientes, siendo adoptado el criterio del 70% para los valores 4 y 5 de la escala de Likert. De las 36 competencias resultantes del análisis cualitativo, 32 alcanzaron consenso, siendo clasificadas en cuatro dominios: ética y principios profesionales; liderazgo y gestión; trabajo con la comunidad, salud y educación, asesoramiento y evaluación; y, provisión del cuidado. Los resultados indican competencias semejantes a las preconizadas en la literatura internacional. Estas competencias, por ser transversales, pueden subsidiar el planteamiento de acciones y las prácticas de los equipos en el ámbito de la salud Sexual y reproductiva.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva. Derechos sexuales y reproductivos. Competencia profesional. Atención primaria a la salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Taxa de retorno dos questionários	39
Tabela 2 Competências da equipe em Saúde Sexual e Reprodutiva na APS, por área de domínio, médias, desvio padrão e percentual escores 4 e 5. Segunda rodada	42
Tabela 3 Competências da equipe em Saúde Sexual e Reprodutiva na APS por área de domínio e suas respectivas médias, desvio padrão e percentual escores 4 e 5. Terceira rodada.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI	Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPPF	Federação Internacional de Planejamento Familiar
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MAC	Métodos Anticoncepcionais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PF	Planejamento Familiar
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PR	Planejamento Reprodutivo
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção em Saúde
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WEB	World Wide Web

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: CONTEXTO HISTÓRICO NA CONQUISTA COMO DIREITO	23
3.2 COMPETÊNCIAS: DELIMITANDO O CONCEITO	31
3.2.1 competências em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde.....	34
4 MATERIAL E MÉTODO	36
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
4.2 CAMPO DE ESTUDO	37
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
4.4 COLETA DE DADOS	38
4.5 ANÁLISE DE DADOS	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	40
5 RESULTADOS	42
6 DISCUSSÃO	44
6.1 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO ÉTICA E PRINCÍPIOS PROFISSIONAIS.....	44
6.2 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO LIDERANÇA E GESTÃO.....	60
6.3 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO TRABALHO COM A COMUNIDADE, SAÚDE E EDUCAÇÃO, ACONSELHAMENTO E AVALIAÇÃO	67
6.4 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO PROVISÃO DO CUIDADO.....	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	103
APENDICE A - INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DE COMPETÊNCIAS	123
APÊNDICE B - SEGUNDA RODADA DA PESQUISA PARA CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NA SSR	125
APÊNDICE C - TERCEIRA RODADA DA PESQUISA PARA CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NA SSR	127
APENDICE D - CONVITE ESPECIALISTA	128
APENDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	129
ANEXO A – PARECER COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	130
ANEXO B - PARECER COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA.....	131

1 INTRODUÇÃO

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva (DSR) foram reconhecidos recentemente e são considerados uma conquista histórica, advinda da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos (BRASIL, 2013). Abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida (LEMOS, 2014). Estes direitos apresentam a mesma importância que os econômicos e sociais, e assim devem ser percebidos para que sejam pensadas estratégias governamentais eficazes, uma vez que o atendimento das demandas por cuidado à saúde sexual e reprodutiva (SSR) relacionadas às vivências de homens e mulheres deve ser um compromisso das políticas públicas na perspectiva da integralidade (ROSAS, 2005; SOUZA; TYRRELL, 2007).

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos é essencial para o fortalecimento de políticas que considerem as especificidades de grupos em meio a população em geral. A prática sexual e a maternidade/paternidade devem ser direitos de todos, garantidos pelo Estado, através de ações e estratégias que possibilitem o compromisso e a responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de maneira responsável e mediante condições saudáveis e livre de riscos (BRASIL, 2013).

Estas políticas devem proporcionar assistência com qualidade aos indivíduos, estabelecendo elementos que assegurem este cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que a mesma é considerada a porta de entrada aos serviços de saúde e a coordenadora do cuidado. A oferta de métodos contraceptivos (MAC), a informação ao usuário, o relacionamento interpessoal, o uso das ferramentas de comunicação, a competência profissional, os acompanhamentos dos indivíduos e a disponibilidade de uma rede de serviços constituem-se em alguns destes elementos. A maioria destes apresentam subjetividades difíceis de serem avaliadas, porém, acredita-se que a competência profissional seja a mais complexa, uma vez que os usuários a avaliam, principalmente, pelo acolhimento e tempo gasto com eles do que propriamente pela habilidade técnica e conhecimento (MOURA; SILVA, 2005).

As ações em saúde sexual e reprodutiva tem como marco legal a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que as definiu como primordiais à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que apresenta avanço na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

No Brasil, estas ações têm sido propostas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, na Constituição Federal de 1988, e na Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar. Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, principalmente, Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos orientam as ações em saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

Apesar de as ações de planejamento reprodutivo estarem constantemente em discussão e terem sido reafirmadas em importantes instrumentos orientadores como a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, e o Pacto pela Saúde, em 2006, nos quais estão entre as prioridades para a atenção básica e responsabilidades mínimas da esfera municipal, muitos municípios têm apresentado dificuldades na implantação e implementação de estratégias. Isto ocorre tanto no âmbito da oferta e distribuição dos diferentes métodos contraceptivos, quanto no enfoque educativo, no aconselhamento e na escolha do método (BRASIL, 2006).

De forma geral, o modo como as instituições e as práticas de saúde se organizam, reproduzem uma atenção fragmentada e de baixa resolutividade, com o cuidado dirigido a queixas clínicas e ainda muito direcionadas ao público feminino (RAMOS, 2008), cujos serviços ainda apresentam características predominantes curativas, com poucas ações de prevenção e promoção na Saúde Sexual e Reprodutiva (POLI, 2006).

A melhoria dessas condições ainda apresenta-se como um desafio que deve mobilizar profissionais de saúde, usuários (as), gestores e a sociedade civil na busca de políticas que resultem na ampliação da cultura sanitária vigente e na melhoria da qualidade de vida (POLI, 2006).

Os direitos reprodutivos são fundamentais para que as pessoas, principalmente as mulheres, desempenhem seus direitos à saúde, incluindo o acesso a serviços que proporcionem cuidado de qualidade, assegurando a integralidade através da privacidade, ampla comunicação, livre escolha, confidencialidade e respeito (CORRÊA; JANUZZI; ALVES, 2003).

O Ministério da Saúde diferencia os direitos sexuais dos reprodutivos e considera como direitos reprodutivos:

O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, 2013, p. 15).

O texto também conceitua os direitos sexuais relacionados a:

O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a); o direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; o direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; o direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física; o direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; o direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade; o direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução; o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids; o direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação; o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2013, p. 16).

Para Moura, Silva e Galvão (2007) a assistência ao planejamento reprodutivo (PR) tem passado por descontinuidades ao longo do tempo, negando o que há de mais essencial: a promoção da saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e/ou casais. A atenção na SSR implica não só a oferta de métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, mas principalmente na oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. No entanto, as ações nesta área vêm sendo focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como principal foco a mulher adulta, com poucas iniciativas incluindo os homens e, naquelas direcionadas para as mulheres, prevalecem as voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, prevenção do câncer de colo de útero e mama, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (BRASIL, 2013).

Na rede de atenção básica, os problemas vão desde a organização de serviços, nos quais se sobressaem a descontinuidade da oferta de métodos contraceptivos, informações fragmentadas, com pouca valorização das especificidades dos grupos atendidos, bem como outras situações que podem comprometer o vínculo com os (as) usuários (as) podendo ocasionar distanciamento dos serviços de saúde (COELHO et al., 2009; SOUSA, 2011).

Pinheiro et al. (2005, p. 14) atribuem esta situação à adoção de modelos de atendimento às demandas dos usuários cujo traço em comum consiste em “respostas que só podem ser elaboradas a partir dos conhecimentos especializados, pela redução do sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando os contextos em que se inserem”. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a sexualidade é tratada em muitos momentos como uma doença, cercada de mitos e tabus, questões que não podemos ou que não queremos discutir, não sendo respeitadas as subjetividades dos sujeitos. Desenvolver estas atividades de forma mais ampliada não é uma tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias e os diversos contextos em que estão inseridos.

O encontro com o usuário deve estar pautado na necessidade dos sujeitos envolvidos, baseado no diálogo e na aproximação com sua demanda, e não como um momento de transmissão de saberes, mas sim proporcionando uma troca bidirecional, sem o intuito de depositar ideias, mas de compartilhar conhecimentos para a construção e crítica ao cuidado (CAMPOS, 2007). A discussão ao trazer um olhar mais ampliado à saúde da mulher que se enquadra na temática da SSR, considera que uma boa qualidade na atenção está relacionada “Àquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma” (COSTA; GUIMARÃES, 2000, p. 36).

Neste sentido, o amplo acesso aos DSR deve ser um elemento essencial na promoção da saúde, auxiliando as pessoas que procuram os serviços, oferecendo-lhes informações para a escolha e o uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às condições atuais de saúde, levando-se em consideração os aspectos de gênero, pois estes estão intimamente ligados ao planejamento reprodutivo.

Para Teixeira (2005) é essencial que exista uma relação de confiança entre usuários (as) e profissionais construída no cuidado prestado nas unidades de saúde, para que seja possível o estabelecimento de uma relação terapêutica. Ao incorporarmos em nosso cotidiano um cuidado humanizado e qualificado, horizontalizado, que proporcione o diálogo entre os sujeitos envolvidos, a identificação de demandas e a resolutividade podem ser facilitadas. Qualquer serviço que se proponha a desenvolver o planejamento reprodutivo de maneira adequada deverá dispor de uma estrutura para promover ações de prevenção do câncer ginecológico e de pênis, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, diminuição da mortalidade materna e perinatal, além de oferecer assistência pré-natal e o acompanhamento necessário (POLI, 2006).

As demandas em saúde emergem das interações entre as pessoas envolvidas com o cuidado (usuários, profissionais e gestores) de acordo com o modo como os serviços são ofertados (PINHEIRO et al., 2005). Apesar de ser um direito e estar garantido na constituição brasileira, o planejamento reprodutivo é pouco praticado em nosso país (COSTA et al., 2013).

Estas inquietações me induziram a estudar sobre a temática, pois percebe-se uma dicotomia entre o planejamento de ações vinculadas à reprodução e à sexualidade e a assistência aos casais. As questões relacionadas à SSR apresentam-se como norteadoras durante minha trajetória de formação em enfermagem. Na graduação, foi possível realizar um estudo sobre a maternidade na adolescência e suas implicações sociais e no cuidado. Durante o caminho percorrido na Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e

Comunidade, realizei uma pesquisa com o objetivo de investigar o conhecimento sobre os métodos contraceptivos por jovens de 7ª e 8ª séries de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio. O interesse por estas questões não cessou com estes projetos e persistem na prática assistencial como enfermeira inserida no contexto do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC).

O concreto exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que garantam a saúde sexual e reprodutiva e que tem na APS uma das suas grandes áreas de atuação. Portanto, a exigência de que o Estado assegure esses direitos está diretamente proferida aos processos de trabalho dos profissionais de saúde, de forma que, dependendo de sua postura no atendimento aos usuários (as), tal garantia pode ser comprometida.

Para um maior entendimento a respeito deste contexto, foi realizado um estudo abordando a temática do trabalho das equipes no cuidado a saúde sexual e reprodutiva tendo como objeto de pesquisa as competências transversais da equipe de saúde necessárias para a atenção em saúde sexual e reprodutiva na APS. Para tanto, tornou-se necessária a aproximação aos conceitos de competência, que vem sendo descritos na literatura como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma determinada situação de trabalho e contexto cultural (RAMOS, 2011). Gebbie e Gill (2008) definem as competências transversais como aquelas que transcendem os limites das disciplinas específicas e ajudam a unificar a prática no âmbito da saúde pública. Desta forma, pretende-se com este estudo proporcionar aos profissionais envolvidos com o cuidado uma reflexão sobre suas práticas na identificação e análise das competências que acreditam ser necessárias para realizar um cuidado de qualidade aos usuários.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a maioria das instituições de ensino da área da saúde não considera em seus projetos pedagógicos a discussão sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de direito, tampouco isso ocorre nos serviços de saúde em processos de educação continuada ou permanente, o que não propicia a construção de competências por parte dos profissionais de saúde. Desta maneira, torna-se importante para propiciar o diálogo, entre os sujeitos envolvidos com o cuidado, de uma proposta educativa que não considere apenas o modelo biomédico, mas que pondere questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade para a construção de práticas não discriminatórias que garantam a promoção, a proteção e o exercício da sexualidade e da reprodução como um direito, pautadas na integralidade da atenção, como norteadoras das práticas assistenciais no âmbito da atenção à saúde (LEMOS, 2014).

As questões de gênero emergiram do grande legado do feminismo da segunda metade do século 20, com o intuito de “elucidar as relações sociais estabelecidas entre os sexos, com a finalidade de romper com a dualidade até então prevalente nas concepções essencialistas sobre homens e mulheres, até então naturalizadas, com franca prevalência do poder deles sobre elas” (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013, p. 121). Joan Scott (1995) conceitua gênero a partir de duas perspectivas, a primeira como um elemento constitutivo das relações sociais, fundamentado nas diferenças entre os dois sexos, e a segunda como modo de sinalizar relações de poder em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis, significando as relações de poder. Esta linha conceitual pode ser estendida para a SSR, tendo em vista que neste contexto as relações são fortemente influenciadas por distinções entre os sexos e pelo poder.

Na Saúde Pública, é importante usarmos as competências para facilitar a comunicação entre as linhas programáticas e organizacionais, bem como fortalecer o crescimento profissional (GEBBIE; GILL, 2008). É importante pensarmos em um conjunto de competências para programas preconizados para a assistência como a SSR, bem como para grupos de trabalhadores ou serviços essenciais para as quais ainda não apresentam estas competências identificadas, reforçando a importância do trabalho interdisciplinar no contexto da APS. Neste sentido, pretende-se com este estudo que os profissionais envolvidos com o cuidado na SSR reflitam sobre as competências básicas que se espera de um determinado indivíduo na equipe interdisciplinar, possibilitando que todos os membros da equipe trabalhem juntos na ação programática e, através da perspectiva do trabalho em equipe, promovam a qualidade da assistência.

Durante a revisão de literatura pertinente ao tema no Brasil, foi verificado que os objetos de estudo mais recorrentes têm sido o impacto das ações de planejamento familiar sobre os indivíduos, principalmente, jovens e adolescentes e prevenção de gravidez indesejada (DIRKSEN et al., 2014; RIBEIRO et al., 2016) e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (SANTOS, 2016). Embora tenham sido encontrados estudos que tratassem sobre o tema na APS, só foi encontrada uma pesquisa, que relaciona a competência profissional e a assistência em anticoncepção (MOURA; SILVA, 2005), na qual foi verificado que há lacunas nesta competência que, associadas à falta de sistematização do trabalho em equipe, geram distorções na qualidade da atenção.

Estudo mais recente explorou o conhecimento de enfermeiras e assistentes sociais acerca da temática da SSR e suas percepções de como promovem e garantem este cuidado enquanto um direito (LEMOS, 2014). Os resultados mostraram que de forma geral, as

participantes do estudo entendem direitos sexuais como sinônimos de reprodutivos, reproduzindo discursos, nos quais os direitos reprodutivos aparecem intimamente ligados a natalidade e a dificuldade de reconhecer os direitos sexuais como parte integrante dos direitos humanos fundamentais, sem considerar aspectos relacionados à qualidade do sexo, liberdade de não desejar transar e o exercício da sexualidade nas diferentes fases do ciclo vital.

O referido estudo, também problematizou acerca da atuação profissional, sendo que as mesmas acreditam que ao prestar o atendimento livre de preconceito em relação à prática sexual, respeitando as diferenças e tendo subsídios para orientar as demandas de escolha de MAC, sem indução, estão promovendo o cuidado de maneira adequada. As participantes também relataram que: “Orientação ou informação sobre prevenção de DST, contracepção, recursos legais para conquista dos direitos, sexualidade e conhecimento do corpo são questões contribuintes para a garantia desses direitos.” (LEMOS, 2014, p. 250). Neste sentido, acesso à informação clara e livre de estigmas e a possibilidade de escolha são caminhos para que a reprodução e a sexualidade sejam vistas como direitos.

Na literatura internacional documentos e estudos sobre estas competências incluem um documento do Reino Unido que aborda a necessidade de formação de competências para atuação na área da sexualidade e propõe um programa de treinamento e avaliação clínica de saúde sexual e reprodutiva para profissionais de saúde da APS (HUTCHINSON et al., 2012) e um estudo que discorre sobre a necessidade de formação de enfermeiros para atuar na saúde sexual e reprodutiva (SHAWE et al., 2013). Um estudo que avaliou o conhecimento sobre estas questões com médicos no Paquistão (KHANAM; PERVEEN; MIRZA, 2011).

Um documento dos Estados Unidos (EUA) apresenta as barreiras e desafios encontrados pelos profissionais da APS para realizar o aconselhamento e o atendimento no planejamento reprodutivo (ALETHA et al., 2010). Neste mesmo contexto, competências foram identificadas para médicos, enfermeiras e farmacêuticos na APS para subsidiar as ações destes profissionais na prática da SSR (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016) e competências de enfermeiras de saúde pública relacionadas ao planejamento familiar, que contemplam aspectos educativos e de aconselhamento para anticoncepção (HEWITT; ROYE; GEBBIE, 2014).

A Organização Mundial de Saúde possui um número considerável de publicações sobre a temática da SSR e apresentou em 2011, um documento sobre as competências essenciais de saúde sexual e reprodutiva que são desejáveis para uso na APS (OMS, 2011). Este documento discorre sobre as atitudes, tarefas, conhecimentos e habilidades necessários aos profissionais para promover estes cuidados junto à comunidade na perspectiva de direitos humanos.

Segundo Salazar (2004), não há como promover saúde sem que haja a presença de ações permanentes que favoreçam a aquisição e o desenvolvimento de habilidades e capacidades promotoras de saúde, a partir de um processo político e social. Neste sentido, o interesse em estudar as competências da equipe de saúde em relação à SSR se fundamenta nas necessidades da reorientação dos serviços e da construção de capacidades de equipes de trabalho, haja vista a complexidade para o desenvolvimento deste cuidado.

No cenário atual de crescimento na implementação de políticas públicas que visam a qualidade da atenção na SSR, ampliando o cuidado para além do controle de natalidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, é esperado que profissionais de saúde da APS apresentem as competências necessárias para atingir a efetividade desta ação. A importância atribuída às competências em relação a esta assistência é embasada no pressuposto que esta depende, também, de uma equipe de trabalho capaz de mobilizar habilidades e conhecimentos que envolvam a prevenção e a promoção em saúde.

Após discussão de tal problemática, procedeu-se a formulação da questão de pesquisa: quais são as competências transversais necessárias para que as equipes atuem na atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um referencial de competências transversais para atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da visão de especialistas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: CONTEXTO HISTÓRICO NA CONQUISTA COMO DIREITO

A história do planejamento familiar no Brasil revela predisposição ao controle de natalidade e ideias de desenvolvimento e controle do povo desde o período colônia à instalação da República (COSTA et al., 2013). Desde o século XX, existem ações voltadas a assistência a mulher através de programas que limitavam a saúde da mulher ao seu papel biológico e relacionado a maternidade, configurando uma assistência fragmentada que demonstrava pequeno impacto sobre a qualidade de vida das mesmas (MOURA; SILVA, 2004; COELHO, 2008).

Nas décadas de 50 e 60, a propagação do uso de métodos contraceptivos surgiu para atenuar o medo da explosão demográfica, através de resultados coletivos de restringir o aumento populacional, uma vez que acreditava-se que a população crescería em um ritmo acelerado. Para os autores:

Quando as pesquisas demográficas passaram a mostrar que o número desejado de filhos (por parte das mulheres e casais) era menor que a fecundidade observada, então, passou-se a dar mais ênfase nas necessidades não atendidas na contracepção. (CORRÊA; JANUZZI; ALVES, 2003, p. 6).

No contexto internacional, foi criado em 1952, na Inglaterra, a Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), apoiada por diferentes instituições internacionais interessadas no controle demográfico, com o objetivo de limitar o crescimento demográfico em prol do desenvolvimento econômico e social (COSTA et al., 2013). No mesmo período, em nosso país, ocorre o fortalecimento da assistência médica individual, assistencialista e especializada, de caráter privativo, voltadas para o controle de natalidade e financiadas por estas agências internacionais (BRASIL, 2005; PHILIPPI, 2010). Nesta época o setor público era quase inexistente e suas ações consistiam no controle de problemas de caráter higienista, com enfoque na esterilização de mulheres (BARROSO, 1984).

Em 1968, ocorreu em Teerã, a primeira Conferência Internacional de Direitos Humanos, na qual se discutiu os direitos humanos da mulher e deliberou-se pela promoção dos mesmos. A partir desta conferência e da Assembleia Geral das Nações Unidas, o ano de 1975 foi anunciado como o Ano Internacional da Mulher, estabelecendo metas para os próximos 10 anos para avançar na melhoria das condições sociais e de saúde das mulheres.

Neste período, ocorreram mais duas conferências, em Copenhagem (1980) e Nairobi (1985) (RIOS, 2006).

O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres nos anos 70, e desde então, tem sido interpretado de formas distintas. Embora sua introdução tenha sido cercada por controvérsias e debates que diziam respeito ao uso de um termo que invisibilizava o sujeito da luta feminista, ele foi gradativamente incorporado às diversas correntes feministas, implicando também em múltiplas definições e nem sempre convergentes para o conceito. As primeiras afirmações preocupavam-se em diferenciar gênero de sexo, em que sexo referia-se a identidade biológica de uma pessoa e, gênero à construção social como sujeito masculino e feminino. Porém, essa definição estaria polarizando e separando o biológico do social, ignorando que a construção dos gêneros envolve corpos sexuados (MEYER, 2003; LOURO, 2003).

Em 1974, a política demográfica do Brasil foi exposta em Bucareste e indicava como princípios a decisão acerca da estrutura familiar como responsabilidade do casal através da escolha do uso de métodos contraceptivos. No entanto, estudos realizados sobre a prevalência do uso de contraceptivos mostravam valores com ideais de liberalismo, nos quais as pessoas apenas optavam em ter ou não filhos, não levando em conta o contexto social mais abrangente. Neste período, os movimentos feministas passaram a demandar novos direitos de escolha na saúde da mulher, principalmente, nos aspectos relacionados a gravidez, parto e puerpério. Em 1975, foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), em um momento em que se passava a valorizar a prática médica em detrimento do conhecimento e participação das mulheres no período gravídico-puerperal (PHILIPPI, 2010).

Apenas a partir da retomada da trajetória democrática no país, através da Reforma Sanitária, na década de 1980, movimentos sociais e feministas iniciaram a busca por direitos relacionados ao planejamento reprodutivo, de forma não fragmentada ou reducionista, através da denúncia de desigualdades sociais e de gênero, levantando problemas relacionados à sexualidade e à reprodução, bem como com a anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis e, também a sobrecarga de trabalho feminino (PHILIPPI, 2010; COSTA et al., 2013).

Em 1983, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) foi instituído neste contexto de redemocratização do país e embasado na Conferência de Alma-Ata, influenciado pelos movimentos sociais e de mulheres, como um marco histórico nas políticas direcionadas às mulheres, com ações voltadas para cada etapa do ciclo vital feminino, agrupando cuidados preventivos e curativos, além do planejamento familiar

(PHILIPPI, 2010; BRASIL, 2011; COSTA et al., 2013). O PAISM anuncia, em seus princípios, bases do SUS, introduzindo a integralidade, a Universalidade e a equidade. Nesta época, a ênfase na saúde reprodutiva já superava as ações de controle de natalidade e adotava estratégias para expansão do acesso da população ao PR livre e informado. Sendo assim, os objetivos do programa eram reduzir a morbimortalidade materna e garantir acesso aos serviços de saúde, incorporando a mulher como sujeito ativo no cuidado à saúde. Com a implementação do PAISM, os métodos contraceptivos passaram a ser oferecidos pelo Ministério da Saúde, ainda que de forma irregular, na segunda metade da década de 80, até este momento os mesmos eram doados pelas Nações Unidas (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2011).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação da Constituição, em 1988, o planejamento familiar surge como um direito, e o Estado passa a ter a responsabilidade de oferecer recursos educacionais e científicos para proporcioná-lo (BARRETO, 2010). Em 1996, a Lei nº 9263 regulamenta o PF proibindo qualquer tipo de controle demográfico, devendo ser de escolha da mulher e/ou do casal o melhor método para evitar a gravidez, a quantidade de filhos e o poder de planejar a família de modo seguro. Esta política foi sendo desenvolvida em parceria a saúde da mulher, do homem, de jovens e agregando-se à ações de prevenção de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (PHILIPPI, 2010; BRASIL, 2011). Além disso, a implantação do programa democratiza o acesso aos métodos contraceptivos, no âmbito público e privado, e passa a ser tratado dentro do contexto dos DSR, tendo como finalidade principal a garantia, para mulheres e homens, de um direito básico previsto na constituição (BRASIL, 2013).

Em 1986 e 1989 aconteceram as Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, nas quais foram abordados temas como saúde mental, sexualidade, aborto, adolescência, envelhecimento, relações de trabalho e os serviços de saúde, cidadania, sendo sinalizados como assuntos emergentes na perspectiva da universalidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Em 1994, foi realizada no Cairo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que buscou um consenso acerca de conceitos sobre DSR, renunciando a exigência de restringir o crescimento da população como alternativa às desigualdades sociais (BRASIL, 2013). A maior vitória da CIPD, segundo Corrêa, Januzzi e Alves (2003) foi deslocar o problema da perspectiva econômica e ideológica para elencar as questões relacionadas à reprodução como uma pauta mais ampla: de direito, com o abandono de metas para controle da natalidade. Rios (2006) complementa que o documento faz

referência a importância de pensar relações de gênero mais igualitárias, aumentando a liberdade da mulher e ampliando o direito de informações e acesso a métodos seguros a homens e jovens.

Da mesma forma, com a realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, em Pequim o cenário criado a partir da CIPD, em Cairo, foi fortalecido e assumiu-se uma nova diretriz na busca do:

Respeito pelos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos [...] promoção do desenvolvimento humano e do bem estar, com reforço das políticas da educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente [...] empoderamento das mulheres e equidade de gênero. (CORREA; JANUZZI; ALVES, 2003, p. 4).

O conceito de direito reprodutivo passa a ser classificado como um ato político, ponderando conversas e negociações acerca de temas como o aborto, a homossexualidade, a concepção e a morte materna não apenas como questões legais ou relacionadas a problemas de saúde (LEMOS, 2014). Entretanto, essa mudança do enfoque natalista para o mais abrangente, é complexa e demanda tempo, uma vez que implica em transformações culturais da sociedade e necessita estar focada na educação em saúde e no protagonismo dos atores envolvidos com o cuidado, através do diálogo, co-responsabilização e reflexão acerca dos mesmos (RAMOS, 2008). A utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar tem embasado a política de SSR no Brasil, conforme o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013), havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente, tendo em vista que o conceito de planejamento familiar, assim como o de controle de natalidade, tem também um enfoque econômico-demográfico.

Os direitos sexuais são mais difíceis de serem analisados por esta perspectiva, uma vez que são advindos de uma discussão mais contemporânea, levantada pelos movimentos gays e lésbicos contra o preconceito, na busca do “Exercício da vivência da sexualidade, da livre escolha de parceiros e práticas sexuais sem constrangimento ou discriminação.” (LEMOS, 2014, p. 246). A consolidação deste direito se deu apenas na década de 1990 e, na atualidade, uma parcela dos movimentos feministas utiliza esta terminologia na luta das desigualdades de gênero (CORRÊA; ÁVILA, 2003). A dimensão da sexualidade surge como um tema polêmico e como grande dificuldade para progresso, devido aos tabus e preconceitos que permeiam a discussão. Apesar do cenário atual, de lutas cada vez mais visíveis e articuladas dos diferentes movimentos (feministas, gays, lésbicos, transgêneros e profissionais do sexo) ainda é necessário ampliar o conhecimento da igualdade de condições desses grupos nos contextos sociais em que estão inseridos. Embora algumas leis tenham sido aprovadas e

assegurem alguns direitos, ainda são necessárias muitas ações para a plena expansão e concretização (RIOS, 2006).

Em 2004, o PAISM foi transformado em uma política visando impulsionar a melhora das condições de vida das mulheres por meio da expansão do acesso a instituições que promovam a garantia de seus direitos através da promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde na dimensão dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (TEMPORÃO, 2012). A política apresenta como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde a partir de enfoque de gênero pensando a saúde da mulher através da ampliação de ações para grupos historicamente esquecidos tais como: mulheres da área rural, em situação de prisão, indígenas, negras, lésbicas, portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, idosas, jovens, vítimas de violência doméstica e sexual, em sofrimento psíquico e em situação de abortamento em condições de risco (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é pautada na humanização e na qualidade, aspectos essenciais para que as atividades realizadas se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento e implicam no fortalecimento da saúde vista de forma mais integral e ética (BRASIL, 2011).

Ainda em 2004, ocorreu a I Conferência de Política para as Mulheres que reafirmou o compromisso da igualdade entre homens e mulheres, através da discussão acerca dos DSR e seu reconhecimento na conquista do direito à saúde para combater a violência sexual e doméstica e assegurar às mulheres o direito à concepção e à anticoncepção, qualificação da vivência da maternidade e acesso à prática legal do aborto (CFEMEA, 2004). Em 2005, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos surge como parte da PNAISM, abordando temas que mobilizam as mulheres, mas que não são exclusivos das mesmas, e que são importantes para o debate de toda a sociedade, pois desafiam a tolerância em relação à diversidade de valores como a necessidade de planejamento das famílias e debate sobre a prática do aborto ilegal (BRASIL, 2010). No ano seguinte, o Seminário Nacional sobre Controle Social nas Políticas de Saúde das Mulheres, aprofundou o debate sobre a necessidade de que os conselhos de saúde discutam a saúde das mulheres e que atuem no sentido de melhora nos estados e municípios, através da articulação junto às instituições de defesa dos direitos das mulheres e maior envolvimento no combate a violência contra as mulheres (COELHO, 2008; BRASIL, 2013).

Outras ações governamentais importantes no sentido de promoção da saúde reprodutiva nos últimos anos e que vêm no sentido de fortalecer a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher são, entre outras: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida (2006), a Política Nacional de Planejamento Familiar (2007), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS (2007), a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009).

A 13^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007 recomendou o acompanhamento do cumprimento dos DSR de mulheres e adolescentes envolvendo os conselhos de saúde e de educação, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gêneros, orientação sexual, sofrimento psíquico e físico. Surge a proposta de tornar efetiva a Política Nacional de Planejamento Familiar (BRASIL, 2008). No mesmo ano, a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres validou os princípios e pressupostos da Política Nacional para Mulheres e da I Conferência, destacando temas importantes para debate como: a igualdade de gênero, amplitude do conceito de “poder”, cultura, comunicação e mídia, meio ambiente, desenvolvimento sustentável, acesso à terra e moradia, e enfrentamento às desigualdades sociais e geracionais (BRASIL, 2013a).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, como uma política intersetorial da Saúde e da Educação tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. As ações do PSE devem estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas e o planejamento das ações necessita considerar o contexto escolar e social, bem como o diagnóstico local de saúde do educando. O PSE apresenta como componentes: a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; a promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) integra-se a esse componente; a educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; o monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; o monitoramento e avaliação do programa. Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde uma vez que: trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e promove a articulação de saberes, a participação de estudantes,

país, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública (BRASIL, 2015a).

Em 2009, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem vem com o intuito de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Neste contexto, é fundamental reconhecer que os homens acessam o sistema de saúde através da atenção especializada, tendo como consequência o agravamento da morbidade pela demora no atendimento e gerando maior custo para o SUS. Essa política emerge na perspectiva de qualificar as ações de cuidado aos homens e priorizar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

No ano de 2010, foi lançado o Caderno de Atenção Básica Saúde Sexual e Reprodutiva que se apresenta como um documento essencial para a qualificação da assistência na Atenção Básica/Saúde da Família na promoção da atenção à SSR. O manual oferece orientações técnicas para a atuação de profissionais na temática, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos Direitos Humanos (BRASIL, 2013). Em 2011, ocorreu em Brasília, a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, na qual os DSR são novamente reafirmados e devem ser estimulados a partir da implantação e implementação da assistência ao planejamento reprodutivo, para mulheres; adultas, jovens e adolescentes e seus parceiros garantindo a distribuição e o acesso a métodos reversíveis e irreversíveis em acordo com critérios e desejos das mulheres (BRASIL, 2013b).

Ainda em 2010, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) apresentada como uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. É pautada no reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, apresentando diretrizes e objetivos direcionados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades relacionadas a saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2010f).

Além disso, em 2012, o Brasil participou da elaboração do documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, Rio+20, comprometendo-se a trabalhar em prol dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens e jovens e promover a igualdade entre os gêneros. O documento intitulado “O Futuro que queremos” faz menção aos direitos sexuais e reprodutivos em seus artigos 145 e 146 (ONU, 2012, p. 28, tradução nossa):

145. Fazemos um apelo para a aplicação plena e eficaz da Plataforma de Beijing para Ação e do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, e os resultados de suas conferências de revisão, incluindo a compromissos que conduzem à saúde sexual e reprodutiva ea promoção e proteção de todos os direitos humanos neste contexto. Enfatizamos a necessidade de a fornecimento de acesso universal à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar e saúde sexual, ea integração da saúde reprodutiva em estratégias nacionais e programas.

146. Comprometemo-nos a reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar a saúde de mulheres, jovens e crianças. Reafirmamos nosso compromisso com a igualdade de gênero e proteger os direitos das mulheres, homens e jovens a controlar e decidir livremente e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo o acesso a sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. Nós vamos trabalhar activamente para garantir que os sistemas de saúde prestação de informações e de saúde necessários serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, incluindo o trabalho rumo ao acesso universal a medicamentos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis moderna métodos de planejamento familiar, como este é essencial para a saúde das mulheres e avançando igualdade de gênero¹.

Em 2013, foi traçado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: Saúde integral das mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, estabelecendo metas até 2015 e apresentando como princípios orientadores a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida, busca da igualdade efetiva entre homens e mulheres em todos os âmbitos, respeito à diversidade e combate a todas as maneiras de discriminação, caráter laico do Estado, universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado, participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas e a transversalidade como princípio norteador de todas as políticas públicas (BRASIL, 2013c).

A partir da análise desta trajetória histórica, observa-se uma evolução das ações e políticas voltadas para a Saúde da Mulher, do homem, de jovens e da população LGBT, na conquista de seus direitos, desde o enfoque biologicista de controle de natalidade e assistência ao período gravídico-puerperal, com ampliação para a abordagem mais integral de todas as suas necessidades em todas as etapas do ciclo vital, bem como os cuidados aos homens, em uma perspectiva de gênero. Percebe-se também um avanço no tange temas polêmicos e antes

¹ Texto original: 145. We call for the full and effective implementation of the Beijing Platform for Action and the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, and the outcomes of their review conferences, including the commitments leading to sexual and reproductive health and the promotion and protection of all human rights in this context. We emphasize the need for the provision of universal access to reproductive health, including family planning and sexual health, and the integration of reproductive health in national strategies and programmes.

146. We commit to reduce maternal and child mortality and to improve the health of women, youth and children. We reaffirm our commitment to gender equality and to protect the rights of women, men and youth to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including access to sexual and reproductive health, free from coercion, discrimination and violence. We will work actively to ensure that health systems provide the necessary information and health services addressing the sexual and reproductive health of women, including working towards universal access to safe, effective, affordable and acceptable modern methods of family planning, as this is essential for women's health and advancing gender equality.

silenciados, mas que ainda necessitam de ações mais equânimes para a assistência integral e humanizada. Estas ações são prioritárias em nosso país, amplamente discutidas e reafirmadas em diferentes documentos, pautadas na integralidade do cuidado e na aproximação aos usuários (as) através da participação popular.

3.2 COMPETÊNCIAS: DELIMITANDO O CONCEITO

O tema da competência (no singular) se desenvolveu no contexto de crise da prescrição taylorista e burocrática do trabalho, na qual surge a demanda de um novo modo de estimular a força de trabalho, estabelecendo novos significados das perspectivas relacionada aos conceitos de trabalho e acerca do humano em situações de trabalho (ZARIFIAN, 1998; BARROS; PINHEIRO, 2010).

Competência é objeto de estudo e discussão na área da educação e do trabalho a partir da década de 1970, quando se iniciou a avaliar as competências das pessoas, ao invés da inteligência (DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2010).

Perrenoud et al. (2002, p.15), sociólogo da educação, compreende competência como a “[...] capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar determinadas situações”, como o saber conhecer, o saber fazer, o saber ser e o saber conviver. Estes foram definidos pelo Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI como os quatro pilares da educação do Futuro. Esses pilares são compreendidos por este relatório como o eixo norteador para que a educação busque um projeto comum, aliando conhecimentos e habilidades às atitudes pessoais e sociais (DELORS, 2003).

Nesta perspectiva, o saber conhecer não se refere somente à obtenção de conhecimentos, mas, principalmente, a apropriação dos instrumentos da esfera cognitiva. Assim, o processo de aprendizagem nunca termina e necessita ser construído a partir das vivências cotidianas dos sujeitos, implicando um aprender a aprender contínuo. Já o saber fazer não se limita à execução de uma determinada atividade através da transmissão de técnicas e procedimentos. O Relatório indica a necessidade de articular e combinar a preparação técnica das aptidões pessoais e relacionais, abrangendo o trabalho em equipe, a iniciativa e a tomada de decisão frente às distintas situações da prática profissional. O saber ser está relacionado ao comprometimento e compromisso social do profissional, identificando se como capaz de modificar e qualificar a realidade. Por outro lado, o saber conviver representa ainda um grande desafio para a educação, uma vez que a convivência com o outro é influenciada pela descoberta do mesmo como sujeito e pela construção coletiva de projetos

comuns (DELORS, 2003).

Para Leonello (2007), esses pilares da educação permitem entender que a construção de competências na área da saúde promovem a articulação entre os diferentes saberes para a construção de uma prática profissional pautada em atitudes pessoais e relacionais que objetivem um projeto comum para a modificação da realidade em saúde. Perrenoud (1999, p.7), complementa que, para o enfrentamento de algumas circunstâncias é necessário “por em ação e em sinergia vários recursos cognitivos complementares, entre os quais estão os conhecimentos”. Completa ainda que as competências são “representações da realidade, que construímos e armazenamos ao sabor de nossa experiência e de nossa formação” (Ibid).

A competência surge com o objetivo de orquestrar um conjunto de esquemas. Esse “orquestrar esquemas” é traduzido por Alessandrini (2002), como uma conversa permanente e contínua entre redes de esquemas na procura de descobrir alternativas aceitáveis que possibilitam dar respostas atualizadas para situações novas ou antigas.

No campo da saúde, Saupe (2006, p. 33) referem-se à competência como resultado “[...] de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes, que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho”. Desta forma, devido ao caráter da competência, o trabalhador passa a adotar uma postura proativa e mobiliza suas competências de acordo com o momento em que se encontra. Estas competências não são aprendidas ou incorporadas instantaneamente, elas ascendem da união do conhecimento científico, dos saberes e da prática cotidiana.

Para a prática de saúde pública, torna-se importante trabalhar na perspectiva de um modelo de competências que deve ser coerente com as competências essenciais para esta prática descritas conjuntamente por acadêmicos e profissionais da saúde que podem contribuir para a prestação de serviços essenciais de saúde pública, em qualquer área de programas ou comunidade. Desta forma, na preparação de qualquer programa de treinamento ou desenvolvimento em saúde pública, seja para uso em uma sala de aula tradicional, em um local de trabalho, ou através de algum formato baseado na educação à distância, o ponto de partida deve ser a escolha das competências a ser adquirida ou reforçada pelo aprendiz (GEBBIE; GILL, 2008).

As competências podem ser adquiridas através da formação formal, da experiência ou sistemas de apoio como educação permanente ou continuada e, principalmente no treinamento em serviço (GEBBIE; GILL, 2008). Barros e Pinheiro (2010) referem o entendimento do *saber-fazer* que só pode se materializar quando produzido juntamente ao momento assistencial, ou no que Merhy (2000) designa “trabalho vivo em ato”, uma vez que as técnicas

de cuidado apresentam aspectos éticos e políticos que são experimentados pelos profissionais de saúde na procura do êxito técnico e na oferta de uma atenção humanizada e integral à população.

Para Dempsey, Barry e Battel-Kirk (2010, p. 2), a competência é “uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão”. Perrenoud (1999) complementa que aceitar uma abordagem por competências é uma questão de continuidade e de mudança. De continuidade, porque faz parte do processo de evolução do mundo, das fronteiras, das tecnologias, dos estilos de vida que hoje requerem flexibilidade e criatividade dos seres humanos trabalhadores.

De acordo com Zarifian (2001, p. 68), “Competência é o ‘tomar iniciativa’ e ‘o assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara”. Para Lucchese e Barros (2006) o ato de fazer implica que o profissional reflita sobre suas práticas. O educador/profissional necessita adotar uma postura questionadora sobre sua formação e conscientizar-se de que esta deve ser permanente e contínua, acompanhando as mudanças da realidade, pois, a reflexão crítica de nossas vivências possibilita o aperfeiçoamento das ações seguintes. Ao adotarmos esta conduta, podemos utilizar os fatos vivenciados diariamente na melhoria de nosso fazer. No entanto, a partir desta abordagem torna-se possível problematizar e questionar a prática tradicional de divisão do trabalho, que separa aqueles que pensam e são autorizados a organizar as atividades de trabalho, daqueles que operam e agem como simples executores das tarefas (BARROS; PINHEIRO, 2010).

A competência expressa a capacidade de obter um comportamento em uma situação real. Interessando-se pelo momento da atividade, não vinculada somente à teoria, ou seja, do modo como as coisas podem se apresentar, mas da prática; assim, a pessoa direciona-se às próprias habilidades, a seus conhecimentos tácitos, requisitados no ato em que o conjunto da ação não corresponde aos padrões de referência (JOBERT, 2003). Além disso, as competências precisam ser atualizadas rotineiramente como evolui a ciência e o conhecimento, com o objetivo de expressar novas tendências para a prática da saúde pública (GEBBIE; GILL, 2008).

As competências podem ser disciplinares ou transversais. Gebbie e Gill (2008) definem as competências transversais como aquelas que são fundamentais para todos os profissionais de saúde ou que são essenciais para a formação ou qualificação de profissionais de saúde pública. Estas competências ajudam a saúde pública a crescer em capacidade, aplicar os valores e princípios de saúde pública de forma eficaz e de forma colaborativa com o tempo, em qualquer serviço ou ação programática. Para Perrenoud (1999) as competências

transversais estão diretamente ligadas às disciplinares, já que se encontram na convergência de diferentes disciplinas.

A relevância da utilização de modelos de competências está pautada na potencialidade dos mesmos servirem como um ponto de referência para: estabelecer padrões profissionais (SPELLER; SMITH; LYSOBY, 2009; TAUB et al., 2009), criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho (TAUB et al., 2009), recrutar trabalhadores, identificar a necessidade de capacitação e estruturar programas de preparação e treinamento profissional (HYNDMAN, 2009; MORALES et al., 2009; DEMPSEY; BARRY; BATTEL-KIRK, 2010). O profissional passa a ter uma visão mais ampla, utilizando a própria experiência para modificar sua práxis (WITT; ALMEIDA, 2008).

É possível constatar que trabalhar competências envolve rompimento com os modelos tradicionais, tanto no ato de aprender, como de ensinar, e a formação do professor/profissional passa a ser o ponto-chave de todo o processo. A atuação embasada por esse referencial pedagógico, não é impossível, porém, é bastante complexa, sobretudo na área da SSR, em que ainda predominam a formação técnica pautada no modelo biomédico e conservador. Pinheiro et al. (2005) afirmam que a compreensão das queixas dos (as) usuários (as) não se aproxima em nada ao modelo curativista que ainda prevalece nos serviços de saúde, utilizado para diagnóstico de problemas de saúde, e que enquanto trabalharmos nesta perspectiva não será possível executar o cuidado de modo integral, universal e equânime.

3.2.1 Competências em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde

Na literatura atual foram encontrados uma publicação e dois estudos que abordaram as competências para a Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.

A Organização Mundial de Saúde, em 2011, escreveu um documento que reuniu as competências essenciais de saúde sexual e reprodutiva desejáveis para o trabalho na APS. Essas competências refletem as atitudes, tarefas, conhecimentos e habilidades que os profissionais necessitam desenvolver para prestar uma assistência com qualidade junto à comunidade. Além disso, também tem como objetivos subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas que favoreçam a vivência saudável da sexualidade e da vida reprodutiva. No documento constam 13 competências, divididas em quatro domínios (OMS, 2011). O primeiro domínio traz atitudes éticas e princípios norteadores a todos os atendimentos na área da saúde. Já o segundo domínio é formado por duas competências relacionadas à liderança e domínio gerencial, dirigidas principalmente aos gestores, mas que também podem ser

aplicadas a nível local para planejamento das ações nas unidades de saúde. O terceiro domínio tem quatro competências gerais de SSR para profissionais de saúde, incluindo o trabalho com a comunidade, saúde, educação, aconselhamento e avaliação dos usuários. No quarto domínio estão incluídas sete competências clínicas específicas para diferentes tipos de cuidados de saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2011).

A extensão das competências de SSR e seu potencial impacto sobre milhões de pessoas em todo o mundo demonstra a necessidade de qualificação da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Essas competências deverão ser adaptadas de acordo com as realidades de cada equipe levando-se em consideração aspectos sociais, culturais, econômicos, além dos contextos políticos e à realidades das populações, configurações de saúde e comunidades. Para a prestação de serviços de qualidade na SSR se faz necessário ouvir homens e mulheres, os jovens e as pessoas mais velhas, bem como é fundamental capacitar toda a equipe para ofertar o cuidado com uma abordagem mais humana e integral (OMS, 2011).

Estudo recente de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) teve como objetivo identificar as competências essenciais para orientar a formação em saúde sexual e reprodutiva para todas as profissões que atuam na APS. Para os autores, quando os profissionais estão bem preparados para prestar cuidados de alta qualidade na SSR é possível qualificar o acesso aos cuidados e reduzir as disparidades de saúde. No estudo foram realizadas três rodadas de Delphi com membros das equipes que prestam cuidados primários e foram identificadas 26 competências necessárias para atuação dos profissionais na área em estudo. As competências são bem amplas e abordam, principalmente, aspectos relacionados a prática clínica dos profissionais.

Hewitt, Roye e Gebbie (2014) também realizaram um estudo sobre as competências para atuação da enfermeira na saúde pública, porém com um enfoque no planejamento familiar, resultando em 28 competências que referem-se essencialmente à educação, aconselhamento e administração de medicamentos e contraceptivos. Para as autoras, as competências identificadas na pesquisa tem implicações para a educação, formação, certificação e desempenho no trabalho das enfermeiras.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para alcançar os objetivos propostos realizou-se um estudo exploratório descritivo de abordagem mista (quali-quantitativo) com o uso da técnica Delphi.

A investigação quantitativa apresenta a perspectiva de difundir os resultados de modo mais abrangente, além de possibilitar o controle sobre os fenômenos e um enfoque de contagem e magnitude em relação aos mesmos, com o intuito de delimitar a informação com precisão. De outra forma, a pesquisa qualitativa busca aprofundar os dados através da riqueza interpretativa e da contextualização de informações. Desta forma, a mistura das duas abordagens fomenta a ampliação do conhecimento, a estruturação de teorias e a solução de problemas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006), além de propiciar a coleta de dados de modo concomitante ou sequencial possibilitando a integração dos dados nas etapas do estudo (GRAY, 2012).

As pesquisas exploratórias permitem examinar um tema ou um problema de pesquisa pouco estudado para aumentar a experiência em torno do mesmo. O pesquisador escolhe este tipo de estudo visando encontrar elementos necessários que lhe permitam, obter as informações que deseja, enquanto o trabalho descritivo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, especificando propriedades e características importantes para a temática estudada (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006; TRIVIÑOS; 1997).

A técnica Delphi embasa-se em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas em temas complexos através de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO; REZENDE, 2009; SILVA et al., 2009). No presente estudo utilizou-se a Técnica Delphi online estudada por Silva et al. (2009) que prevê a circulação de questionários estruturados, repetidas vezes, por um grupo de experts na temática estudada, com a realização de feedback estatístico de cada resposta até o alcance do consenso (CASTRO; REZENDE, 2009).

A principal vantagem da técnica Delphi é a obtenção de conhecimentos e critérios mesmo com especialistas distantes geograficamente. No entanto, como todas as modalidades para a obtenção de dados, a técnica Delphi também apresenta desvantagens, como a falta de interação entre os especialistas que pode impossibilitar o esclarecimento ou discussão quanto a discrepâncias. Essa limitação, entretanto, pode ser minimizada pela opção de questões abertas ou de espaços livres que permitam esclarecimentos (CASTRO; REZENDE, 2009).

Para este estudo optou-se pela técnica Delphi a fim de elaborar uma lista de competências transversais para atuação em saúde sexual e reprodutiva na APS. Em um primeiro momento, realizou-se a análise qualitativa para a produção dos enunciados das competências, baseada na interpretação das justificativas apresentadas pelos respondentes para cada competência indicada e, após, a análise quantitativa dos dados para estabelecer consenso entre os respondentes, sendo adotado o critério de 70% para os valores 4 e 5 da escala de Likert.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

As rodadas de Delphi foram realizadas com experts selecionados na Plataforma Lattes, que é a base de dados de currículos e instituições das áreas de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Buscando trazer diferentes perspectivas a respeito do tema em estudo, bem como na tentativa de comparar opiniões e assegurar maior consenso acerca das competências (WITT; ALMEIDA, 2008), os (as) sujeitos do estudo foram formados por um grupo de especialistas que pesquisam sobre SSR e DSR. Os (as) especialistas foram escolhidos de acordo com a competência na área, levando-se em consideração a experiência no assunto, bem como idioma e cultura comuns para evitar interpretações distintas pela diferente percepção social (HASSON; KEENEY; MCKENNA, 2000). A Plataforma Lattes foi acessada para seleção de especialistas, sendo utilizado como critérios de busca: o assunto (saúde sexual, saúde reprodutiva, saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica, saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde, direitos sexuais, direitos reprodutivos, e direitos sexuais e reprodutivos), na base de dados de doutores de nacionalidade brasileira. Para refinar a pesquisa foi utilizado como filtro: o idioma português, sendo selecionados 41 especialistas. Dentre os participantes selecionados, três relataram através de e-mail que não tinham interesse em participar da pesquisa, pois estavam afastados da temática da saúde sexual e reprodutiva, resultando em uma amostra de 38 especialistas.

Não há consenso na literatura sobre o número de especialistas a ser estudado com o uso do Delphi, demonstrando que pode ser variado; não há um número fixo ou ideal, mas algumas pesquisas utilizando a técnica indicam que um número de 15 a 30 participantes é

considerado bom para gerar dados relevantes. Para a construção dos grupos, deve-se levar em conta que o estudo não pretende realizar um levantamento estatístico representativo, mas sim consultar um grupo seleto e limitado de experts. Sendo assim, as questões relacionadas a validade estatística da amostra e resultados não se aplicam (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000; WITT; ALMEIDA, 2008).

4.4 COLETA DE DADOS

Neste estudo, os dados foram coletados através de questionários com questões abertas e fechadas. O Delphi envolve a busca por opiniões por um grupo de participantes, geralmente pessoas com saber reconhecido naquele campo de estudo (WITT; ALMEIDA, 2008; SCARPADO et al., 2012). O questionário é considerado como o instrumento mais adequado para coleta de informações nesta abordagem, mas não há concordância sobre um modelo padronizado. Assim, foram utilizados três questionários para a coleta de dados, que ocorreu de março a junho de 2016.

A operacionalização do Delphi se deu por meio da realização de sucessivas rodadas de questionários. O primeiro questionário com três questões abertas (APÊNDICE A), apresentou uma contextualização da temática em estudo, orientações sobre a pesquisa e o preenchimento do instrumento. Foi solicitado ao grupo de especialistas selecionados na Plataforma Lattes, que listassem três competências que acreditassem ser necessárias para o trabalho em equipe na atenção a SSR na APS. O instrumento foi submetido a um pré-teste com três docentes que atuam na área com a finalidade de avaliar o constructo do questionário e certificar que as informações podiam ser entendidas com clareza. O instrumento foi enviado aos especialistas e, a partir do seu retorno, as respostas foram avaliadas e compiladas.

Após análise qualitativa das competências resultantes do primeiro questionário, foi enviado um novo questionário (APÊNDICE B), no qual foi atribuída uma Escala Likert com opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito) para cada competência, a fim de que os participantes expressassem sua concordância. Aquelas questões que alcançaram consenso foram extraídas e o questionário foi revisado pelo pesquisador e novamente enviado aos (às) participantes com as informações obtidas na primeira rodada. Em seguida, foi enviado um novo questionário (APÊNDICE C), no qual também foi conferida uma Escala Likert, com as competências que não obtiveram consenso para ser reavaliadas pelos sujeitos do estudo.

A coleta de informações foi mediada pelas tecnologias de informação e comunicação e ocorreu através do Google Docs, ambiente virtual disponível na internet que permite o uso de

várias mídias, linguagens e recursos de modo organizado, além da elaboração e socialização de informações de modo coletivo (CAETANO, 2006; SCARPADO et al., 2012).

A taxa de retorno dos questionários é apresentada na Tabela 1:

Tabela 1 – Taxa de retorno dos questionários

Questionário	Participantes (n)	Taxa de retorno (%)
I	18 de 38	47,36
II	18 de 38	47,36
III	17 de 38	44,73

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A taxa de retorno dos questionários é um fator muito importante em pesquisas que utilizam o Delphi e tendo variação entre 30% a 50% dos especialistas no primeiro ciclo e de 20% a 30% no segundo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Em estudo realizado por Witt e Almeida (2008), as taxas de retorno variaram entre 65% e 79%.

Nesse estudo, como demonstrado na tabela 1, as taxas foram de 47,36 na primeira e segunda rodadas e de 44,73 na terceira. Os retornos foram cobrados semanalmente pela pesquisadora através de e-mail enviado aos especialistas, sendo disponibilizado um prazo de 30 dias para o preenchimento do primeiro e segundo questionários e de 20 dias para o terceiro.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Na técnica Delphi a análise das informações ocorre concomitante à coleta de dados. Desta forma, neste estudo foi utilizada uma abordagem de análise quali-quantitativa.

A análise qualitativa foi utilizada para a produção dos enunciados das competências que surgiram no primeiro questionário, baseando-se na interpretação do discurso produzido (competência listada e seu comentário) (SOUZA; FRADE; MENDONÇA, 2005), resultando em 51 sugestões de competências, apresentando muitas semelhanças entre si.

A partir das informações advindas deste questionário, foram criados termos-chave com o objetivo de facilitar o agrupamento de componentes comuns, para então ser criado o enunciado da competência trazida pelo especialista. Para a padronização dos enunciados utilizou-se um formato composto por verbo e substantivo, a partir do entendimento de que a competência não pode ser separada da ação (RAMOS, 2011).

Desta análise resultaram 36 competências, contemplando critérios já preconizados para esta padronização pela Organização Mundial da Saúde que compreendem que as

competências devem ser abrangentes o suficiente para serem utilizadas no âmbito internacional ou nacional, e ao mesmo tempo devem ser específicas para subsidiar a tomada de decisões, bem como ser relevantes para a prática (OMS, 2003).

As competências resultantes foram classificadas em quatro áreas de domínio conforme documento da Organização Mundial de Saúde (2011) que identificou as Competências Essenciais da Saúde Sexual e Reprodutiva na APS: Ética e princípios profissionais; Liderança e gestão; Trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação; Provisão do cuidado.

Nos aspectos quantitativos, a análise descritiva foi utilizada com o intuito de estabelecer um consenso entre os participantes. No Delphi a responsabilidade de estabelecer o nível de consenso aceitável é dos pesquisadores. Para este estudo o critério foi de 70% para os valores 4 e 5 da escala de Likert (concordo e concordo muito), conforme proposto por outros estudos que utilizaram esta abordagem de coleta (WITT; ALMEIDA, 2008; CASTRO; REZENDE, 2009). Quatro competências não obtiveram este consenso na segunda rodada de Delphi, duas no primeiro domínio, uma no segundo domínio e uma no quarto domínio. Destas, nenhuma obteve consenso na terceira etapa do Delphi aplicada neste estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos éticos foram seguidos em todas as fases do estudo em consonância com o que preconiza a Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O presente estudo foi apresentado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer número 1.397.025 (ANEXO B). A coleta de dados iniciou-se após ser aprovado.

Os participantes do estudo foram expostos à risco mínimo, que envolve o desconforto relacionado à interferência do preenchimento dos questionários nas rotinas cotidianas, tendo a participação voluntária e o consentimento para participação obtido através do envio de um convite via correio eletrônico para os especialistas selecionados na Plataforma Lattes (APÊNDICE D). Como o estudo utilizou a técnica Delphi online, aqueles participantes que sinalizaram o aceite em participar da investigação receberam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) através do e-mail individual. Este continha um link que direcionou a uma página da World Wide WEB (WEB), na qual estava o referido termo, cujo participante fez a escolha de concordância ou não com o conteúdo, como condição para

seguimento da abertura das páginas. Quando houve o consentimento, o questionário foi disponibilizado, pode ser respondido, sendo que o TCLE e o instrumento de coleta ficaram armazenados no ambiente eletrônico.

A confidencialidade dos dados foi garantida em todas as etapas do estudo e com o intuito de preservar o anonimato entre os (as) participantes, os questionários foram nominados pelas siglas ESP (para os especialistas) e numerados com números arábicos sequenciais de acordo com a ordem de retorno dos questionários.

O corpus de pesquisa será guardado em banco de dados por 5 anos.

5 RESULTADOS

A análise das 51 sugestões de competências da primeira rodada resultou em 36 enunciados de competências, que foram classificadas em quatro áreas de domínio. Estas foram consideradas pelos especialistas nas segunda e terceira rodada da Técnica Delphi.

Na segunda rodada do Delphi, conforme evidencia-se na tabela 2, quatro competências não obtiveram o consenso estabelecido nesse estudo de 70 % nos escores 4 e 5:

Tabela 2 – Competências da equipe em Saúde Sexual e Reprodutiva na APS, por área de domínio, médias, desvio padrão e percentual escores 4 e 5. Segunda rodada

Domínio/Competências	Média	Desvio Padrão	Percentual % (escores 4 e 5)
Ética e princípios profissionais			
• Realiza escuta ativa	4,61	0,50	100
• Estabelece diálogo a fim de promover o compartilhamento de saberes	4,61	0,58	94,44
• Comunica-se de forma dialógica	4,5	0,46	94,44
• Demonstra capacidade de acolhimento livre de preconceitos e julgamentos	4,72	0,46	100
• Demonstra empatia, respeito e desenvolve a confiança durante os atendimentos prestados	4,61	0,60	94,44
• Compreende os fundamentos éticos/bioéticos e da humanização na atenção à saúde centrados na pessoa e na abordagem familiar	4,77	0,42	100
• Considera o contexto cultural, econômico e social dos indivíduos	4,61	0,69	88,88
• Respeita os saberes e diferentes culturas	4,55	0,70	88,88
• Promove o empoderamento dos sujeitos	3,16	1,46	50
• Demonstra iniciativa para resolução de problemas	4,38	1,03	94,44
• Reconhece o outro como uma vida que vale o investimento profissional	4,11	0,96	72,22
• Reconhece suas crenças e valores em relação e valores em relação àquelas dos usuários	2,94	1,30	38,88
• Assegura o sigilo profissional	4,83	0,38	100
Liderança e gestão			
• Garante o acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis	3	1,37	33,33
• Conhece a rede para possíveis encaminhamentos	4,38	0,63	100
• Promove a longitudinalidade do cuidado	4,5	0,64	100
• Promove a intersetorialidade	4,44	0,61	94,44
Trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação			
• Conhece os marcos referenciais políticos e legais, nacionais e internacionais sobre os direitos na Saúde Sexual e Reprodutiva	4,72	0,46	100
• Articula conhecimento interdisciplinar inerentes à saúde da população na área de Saúde Sexual e Reprodutiva	4,6	0,50	100
• Prove aconselhamento e encaminhamentos dos casos de violência sexual	4,72	0,46	100
• Promove e incentiva o autocuidado na Saúde Sexual e Reprodutiva	4,61	0,50	100
• Articula atividades educativas em saúde que abordem a saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e jovens	4,72	0,46	100

Continua

Domínio/Competências	Média	Desvio Padrão	Percentual % (escores 4 e 5)
• Promove a Saúde Sexual e Reprodutiva de indivíduos, famílias e comunidade	4,55	0,70	88,88
• Compreende a dinâmica social e cultural considerando aspectos de gênero, classe, raça, etnia e diversidade social	4,66	0,48	100
Provisão do cuidado			
• Atua junto à mulher, ao homem, a família e comunidade no âmbito da pré-concepção	4,72	0,46	100
• Atua junto à mulher, ao homem, a família e comunidade no âmbito da Planejamento reprodutivo	4,72	0,46	100
• Atua junto à mulher, ao homem, a família e comunidade no âmbito da Pré-natal	4,77	0,42	100
• Atua junto à mulher, ao homem, a família e comunidade no âmbito da Parto	4,38	0,97	77,77
• Atua junto à mulher, a família e comunidade no âmbito do Climatério	4,61	0,60	94,44
• Atua junto à mulher, a família e comunidade no âmbito da menopausa	4,44	0,65	88,88
• Atua junto ao homem, a família e comunidade no âmbito do Andropausa	3,88	1,27	66,66
• Orienta e administra ações de atenção à mulher e ao homem no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva	4,55	0,51	100
• Realiza aconselhamento pré e pós testes paras as coletas de exames	4,77	0,42	100
• Elege os diagnósticos de acordo com sua área profissional	4,55	0,61	94,44
• Apresenta capacidade de atuar com resolutividade frente as disfunções sexuais masculinas e femininas	4,33	0,68	88,88
• Demonstra capacidade técnica para exercer a clínica na Saúde Sexual e Reprodutiva	4,61	0,50	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

As competências que não obtiveram consenso na segunda rodada, foram novamente enviadas aos participantes para apreciação na terceira rodada, conforme apresenta-se na Tabela 3, não atingindo o consenso de 70% nos escores 4 e 5:

Tabela 3 – Competências da equipe em Saúde Sexual e Reprodutiva na APS por área de domínio e suas respectivas médias, desvio padrão e percentual escores 4 e 5. Terceira rodada

Domínio/Competências	Média	Desvio Padrão	Percentual % (escores 4 e 5)
Ética e princípios profissionais			
• Promove o empoderamento dos sujeitos	3,41	1,17	52,94
• Reconhece suas crenças e valores em relação e valores em relação àquelas dos usuários	3,70	1,10	58,82
Liderança e gestão			
• Garante o acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis	3,23	1,20	41,17
Provisão do cuidado			
• Atua junto ao homem, família e comunidade no âmbito da andropausa	3,58	0,93	52,94

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6 DISCUSSÃO

6.1 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO ÉTICA E PRINCÍPIOS PROFISSIONAIS

Neste domínio 11 competências obtiveram consenso entre os especialistas.

Na abordagem na saúde sexual e reprodutiva, “saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer e em que linguagem dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada.” (BRASIL, 2013, p.36). A escuta ativa é considerada uma atitude que objetiva facilitar a comunicação verbal e não verbal e deve estar pautada no interesse no outro, na empatia, no acolhimento e se revela como uma estratégia para a qualificação do cuidado e das relações (BROCA; FERREIRA, 2014).

Neste sentido, uma das competências que obteve consenso foi “**Realiza escuta ativa**”, conforme aparece a partir do Especialista 1:

Será necessário ouvir atentamente a demanda da pessoa que vem ao serviço e que nem sempre traz esta demanda especificamente. Considerar que a partir da escuta poderá levantar as necessidades da pessoa. Predomina a postura ou atitude do profissional, mas certamente permeia o conhecimento acerca da habilidade propriamente dita (escutar) e conhecimento do conteúdo de saúde sexual e reprodutiva como direito.

Os profissionais da atenção básica precisam ter uma capacidade ampliada de escuta, bem como saber lidar com a complexidade de sofrimento, adoecimento, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão expostas (BRASIL, 2013d). Na SSR, o profissional da APS precisa ouvir as queixas dos indivíduos, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que permita avaliar a demanda e, impondo limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável através de ações articuladas visando à horizontalidade do cuidado.

De acordo com o Especialista 12:

Escutar o outro nas suas singularidades é uma habilidade que é necessária a todos profissionais.

Observa-se neste trecho que a escuta permeia o trabalho de todos os profissionais da atenção primária. Para Raimundo e Cadete (2012) a escuta é uma competência que não pode ser dispensada e que precisaria ser ensinada e praticada baseada nos ensinamentos advindos da graduação dos cursos da área da saúde, bem como nos aspectos de interação e atendimento das pessoas. Para tanto, torna-se essencial ampliar a qualificação técnica dos profissionais e

das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, com o intuito de constituir uma interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como proporcionar o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza agudas ou relevantes para a saúde pública.

A escuta ativa também é uma importante ferramenta utilizada pela abordagem centrada na pessoa preconizada no Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva que contrapõe a abordagem centrada na doença. Este método, busca compreender o indivíduo na sua totalidade, inserido no seu contexto de vida e etapa de desenvolvimento, considerando aspectos familiares, sociais e culturais (BRASIL, 2013).

Raimundo e Cadete (2012, p. 1) realizaram um estudo sobre a escuta e a gestão social entre os profissionais de saúde e evidenciaram que a escuta mostra-se “Como uma ferramenta de gestão para institucionalizar um trabalho de transformação que possibilite o encaminhamento de soluções mais eficazes na assistência à saúde”.

Desta forma, a comunicação apresenta-se como um elemento importante para a humanização da assistência em saúde, tornando imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada. Evidencia-se que desenvolver esta habilidade não é uma tarefa fácil, uma vez que o profissional necessita mostrar-se disposto para tanto. Deve-se considerar que os profissionais nem sempre encontram-se preparados para realizar uma escuta livre de julgamentos e preconceitos no cuidado na perspectiva da SSR, e a formação continuada se torna essencial para facilitar esta habilidade.

A vivência e os aprendizados proporcionados na APS possibilitam o desenvolvimento de uma postura mais humanizada e dialógica entre profissionais e a comunidade. Desta forma, o diálogo também foi relatado pelos profissionais em duas competências **“Estabelece diálogo a fim de promover o compartilhamento de saberes”** e **“Comunica-se de forma dialógica”**.

A partir dos relatos dos especialistas 5 e 7 vislumbra-se:

[...] é preciso poder estabelecer além de monólogos, onde quem fala é o profissional de saúde, normalizando condutas, processos dialógicos onde haja compartilhamento de saberes (ESP 5).

Para mim esta é a primeira [comunicação dialógica], pois exige-se uma abertura para compreensão dos demais profissionais com seus conhecimentos específicos. O compartilhamento de saberes é essencial em uma equipe interdisciplinar ou transdisciplinar (ESP 7).

Portanto, é necessário promover espaços de diálogo, com escuta dos sentimentos, desejos e dúvidas, fornecendo informações e orientações de forma clara, construindo conhecimentos e fomentando ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva. Torna-se necessário romper as barreiras de comunicação, e pautar o exercício da prática profissional na informação e no diálogo.

Para Teixeira (2013), o diálogo e a conversa são determinantes no trabalho em saúde, uma vez que, a rede de atenção à saúde compõe uma rede de conversações que permeia todos os momentos do encontro trabalhadores-usuários e os fluxos de atenção. Para estabelecer o diálogo entre trabalhador de saúde e usuários é necessária a construção de uma relação respeitosa, que alie o conhecimento técnico ao conhecimento popular e considere a cultura do usuário. Neste sentido, para que ocorra essa troca de conhecimentos, o profissional de saúde deve estar aberto para a escuta, compreendendo as necessidades de saúde, com o intuito de acolher o usuário na unidade de saúde (COELHO; JORGE, ARAUJO, 2009).

A comunicação verbal e não verbal são reconhecidas como elementos básicos para as atividades em saúde; sendo responsabilidade dos profissionais atentar para estes aspectos e estabelecer uma comunicação terapêutica adequada ao indivíduo, estabelecendo interações que aumentem as ações em saúde e fortaleçam os vínculos entre os envolvidos (LANZONI; MEIRELLES, 2012).

Tanto a escuta ativa, quanto a comunicação dialógica foram descritas como competências essenciais para o cuidado na SSR na Atenção Primária à Saúde no documento da OMS (2011).

Dificuldades que permeiam na comunicação a formação tecnicista incluem a abordagem do conhecimento científico como prioritário, o déficit na instrumentalização para a comunicação e as dificuldades que envolvem o estabelecimento de uma comunicação dialógica entre os atores sociais envolvidos no cuidado, incluindo as barreiras existentes dentro da própria equipe de saúde (CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Especialmente na SSR, nos aconselhamentos para entrega de resultados de exames para DST, sobretudo nos casos de HIV, os profissionais costumam apresentar dificuldades, demonstrando anseios como medo, insegurança e sensação de despreparo perante a atitude que a pessoa possa apresentar (BARBOSA et al., 2015). Segundo os autores, ainda existem profissionais da APS com dificuldades “em lidar com aspectos subjetivos e íntimos, envolvendo sexualidade e conjugalidade no aconselhamento.” (Ibid, p. 536). Estas fragilidades na comunicação se apoiam no modelo biológico e mecanicista de cuidado baseado na solicitação de exames e tratamento de doenças.

Seguindo os preceitos da Humanização, o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para enfrentamento dos problemas faz parte do acolhimento que surge como uma ferramenta para a mudança de paradigma e surge como:

Uma das formas de concretizar a humanização das práticas de saúde. Caracteriza-se Como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo-as para além da fala/expressão verbal, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com as pessoas. O acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo. (BRASIL, 2013, p. 31).

Neste estudo, à competência que relaciona o acolhimento foi adicionado um complemento, a fim de atender às especificidades da atenção em SSR **“Demonstra capacidade de acolhimento livre de preconceitos e julgamentos”**.

Merhy (1994) utiliza a tecnologia como um dispositivo do processo de produção da saúde, que ocorre simultaneamente, relacionando saberes, equipamentos e máquinas. Considera as tecnologias leves como aquelas que abrangem relações como o vínculo, a tomada de decisões, o acolhimento e a organização do processo de trabalho. De acordo com o autor, o acolhimento, como tecnologia leve, o direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, envolvendo os trabalhadores, gestores e usuários.

Segundo Guerrero et al. (2013, p. 135), o acolhimento pode ser caracterizado na dimensão do diálogo, da postura e do serviço de saúde. Na dimensão relacionada ao diálogo, os autores descrevem que o acolhimento “representa um diferencial na atenção básica à saúde que, no entanto, precisa ser aprimorado através da capacitação dos profissionais e de discussões recorrentes nas reuniões de planejamento mensais da equipe de saúde”. No âmbito do acolhimento como postura, o mesmo advém da satisfação com que os profissionais da atenção primária realizam suas tarefas com qualidade técnica, perícia, prazer, buscando atender ao usuário de modo integral. Nesta abordagem, o acolhimento propicia o fortalecimento do vínculo do serviço de saúde com os usuários “pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária.” (p. 136). Em contrapartida, o acolhimento na dimensão dos serviços de saúde “situado em um campo predominantemente gerencial, expressa tanto a organização interna do sistema e da política de atenção à saúde, quanto o exercício de uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde.” (p. 139). Em ambas dimensões as ações fortalecem a APS com o objetivo de promover a política de humanização no SUS e concretizar seu modelo de atenção.

O acolhimento-postura pode ser considerado como: “Uma manifestação pró-ativa, capaz de fortalecer o vínculo do serviço com os usuários pelo reconhecimento direto dos profissionais, que têm a responsabilidade de cuidar da saúde individual e comunitária”. (GUERRERO et al., 2013, p. 139).

Os participantes do estudo relacionaram o acolhimento nesta perspectiva relacionada a postura, ampliando e aprofundando a ideia da construção de vínculo e da responsabilização:

[...] o acolhimento livre de julgamentos é fundamental para que o profissional consiga levantar necessidades de saúde relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (ESP 8).

Atender as pessoas livre de julgamentos independente de gênero, raça ou orientação sexual (ESP 13).

É preciso olhar aos sujeitos pertencentes a comunidade LGBT com olhares mais acolhedores e principalmente voltados as suas especificidades, o que, ao meu ver não vem sendo abordado (ESP 9).

Neste sentido, o Ministério da Saúde orienta que atitudes preconceituosas com grupos marginalizados, como o de pessoas que exercem a prostituição, entre outros, advindas dos profissionais de saúde podem interferir no acolhimento, impondo barreiras de acesso à atenção à saúde (BRASIL, 2013). A prática de posturas acolhedoras emerge da disposição do serviço em subsidiar uma resposta à demanda do usuário, que pode variar entre uma orientação verbal e atendimento clínico propriamente dito. Sendo assim, é fundamental que seja realizada escuta das queixas trazidas pelo usuário, bem como seus medos e expectativas, além de possibilitar a identificação de riscos e vulnerabilidades e propiciar a co-responsabilização das ações (GUERRERO et al., 2013).

Estudo recente sobre Competências Essenciais na SSR no contexto da APS também relacionou uma competência abordando a importância de acolher e apoiar os pacientes com uma postura livre de julgamentos e discriminações nos cuidados, garantindo o direito de consentir ou recusar os cuidados (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016). Esta competência também aparece como um princípio para os atendimentos nos Centros de Triagem e Aconselhamento (CTA) para doenças sexualmente transmissíveis: “Acolhimento a todos os usuários que chegam ao serviço, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA” (BRASIL, 2010a, p. 17).

Desde o ponto de vista da prática profissional, o acolhimento pode ser considerado como uma tecnologia para a ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado na SSR, no entanto, ainda apresenta fragilidades no que tange o envolvimento e a postura dos

profissionais. Como foi evidenciado por Barbosa et al. (2015, p. 536), o acolhimento ao usuário nas questões relacionadas a SSR na APS ainda representa estigmas sociais:

A maioria dos indivíduos que busca o serviço devido às DST prefere não falar sobre sua saúde sexual com um profissional, por se sentirem desconfortáveis sobre o assunto, o que pode comprometer o sucesso do aconselhamento. Esse estigma tem sido associado com algo vergonhoso direcionado a indivíduos que integram grupos de risco, reforçado, sobretudo, pelo fato de pessoas com HIV/ AIDS serem percebidas pela sociedade em geral como responsáveis por causar sua infecção.

Outra competência indicada pelos participantes que envolve o encontro do profissional com o usuário foi **“Demonstra empatia, respeito e desenvolve a confiança durante os atendimentos prestados”**, conforme preconizado pela OMS (2011) e com competências essenciais para SSR identificadas para profissionais na APS (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016), os participantes discutiram que:

Respeito: pensar os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de direitos humanos (ESP 13).

Demonstrar empatia e confiança durante os atendimentos prestados... É Importante para manter o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (ESP 14).

Na SSR, demonstrar empatia, confiança e tratar cada indivíduo respeitando os seus direitos e de forma isenta de julgamento ou discriminação, independentemente do sexo, idade, etnia, orientação sexual e qualquer outra situação, levando-se em consideração o princípio da igualdade de gênero, abordando a diversidade de crenças e sistemas de valores. O respeito pelas escolhas dos indivíduos e o direito de consentir ou recusar a realização de exames ou intervenções também deve ser considerado no cuidado prestado (OMS, 2011).

Nos serviços de saúde, o respeito como competência emerge no contexto de colaborar com os membros da equipe através de objetivos comuns, comunicação eficaz, o respeito mútuo e compreensão dos papéis na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016). Neste contexto, na prática da competência interpessoal, a confiança, o respeito e a empatia são reconhecidas como facilidades. O modo como os relacionamentos se processam, o interesse apresentado na fala e comportamentos das pessoas e a transmissão de confiança no que é dito ou feito, bem como:

O respeito pelo o que o indivíduo é e por suas reações e atitudes vão se configurar, simultaneamente, como uma forma de relacionamento e um elemento que facilita o desenvolvimento do mesmo e a exteriorização de competência interpessoal. (SOARES; SADIGURSKY, 2015, p. 53).

Refletindo no cuidado a partir do comportamento do profissional através de ações e atitudes sinceras e comprometidas ética, social e cientificamente (SOARES; SADIGURSKY, 2015).

No mesmo estudo, a empatia também emerge como “a capacidade de conhecimento e sensibilização com o íntimo do outro, a fim de ajudá-lo sem, contudo, imobilizar-se obstaculizando a consecução de ajuda terapêutica.” (SOARES; SADIGURSKY, 2015, p. 53). Brolezzi (2014, p.5) complementa que empatia aparece “como uma porta de acesso ao universo exterior e os conhecimentos que transcendem o sujeito” e tem como principal característica “olhar para as pessoas, as ideias e os atores tentando ver o que os une, o que os torna semelhantes e de que forma poderiam atuar juntos”.

O Caderno de Atenção Básica em Saúde Sexual e Reprodutiva também aborda a empatia como uma habilidade necessária na prestação do cuidado:

É importante que os profissionais de saúde busquem desenvolver a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outras pessoas, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Uma presença sensível transfunde serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade. (BRASIL, 2013, p. 33).

Sendo assim, evidencia-se na prática cotidiana do cuidado na SSR, que a relação construída entre o profissional de saúde e os indivíduos que atende influencia na qualidade do cuidado, no estabelecimento da confiança e criação de vínculo, alicerçada nos atributos da APS como longitudinalidade e atendimento integral, objetivando o bem estar físico e psíquico dos usuários, de forma respeitosa e ética.

Diante disso, os especialistas estudados abordaram a ética/bioética através da competência “**Compreende os fundamentos éticos/bioéticos e da humanização na atenção à saúde centrados na pessoa e na abordagem familiar**”. Conforme demonstrado pelos participantes:

[...] a ética devem estar presentes em todas as ações na SSR (ESP 14).

Entendo que os fundamentos éticos e os princípios da humanização permitirão que o profissional desenvolva o cuidado respeitando a singularidade de cada pessoa (ESP 4).

Os aspectos éticos são preconizados no Caderno de Atenção Básica sobre SSR (BRASIL, 2010) e estão relacionados como competência necessária aos profissionais da APS tanto no documento da OMS (2011), quanto no texto de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016).

Sabe-se que os princípios da bioética como a autonomia, a beneficência como obrigação ética de maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos, a não maleficência com o intuito de reduzir efeitos adversos, a justiça e a equidade devem estar presentes em todos os atendimentos na área da saúde (BRASIL, 2013).

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em 2011, publicou uma carta que aborda os Princípios Éticos sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos com a finalidade de concretizar a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, através da adoção de práticas como: o respeito e preservação da autonomia para vivência da sexualidade de modo saudável, seguro e livre de discriminação, coerção ou violência; o direito de homens, mulheres e jovens ao planejamento reprodutivo; a garantia de outros direitos como o direito à vida; o direito à liberdade, à segurança pessoal e a uma vida livre de violência; o direito à igualdade e a uma vida livre de toda forma de discriminação; o direito à informação; e o direito à proteção e cuidado com a saúde. Neste contexto, para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam exercidos de forma plena é necessário que o Estado adote políticas públicas que assegurem o cuidado na saúde sexual e reprodutiva, proporcionando o acesso a informações, meios e recursos seguros e disponíveis através da promoção da equidade entre os gêneros (FEBRASGO, 2011).

O Ministério da Saúde aconselha que a abordagem familiar seja uma ferramenta utilizada pelas equipes de saúde nos atendimentos relacionados à sexualidade e reprodução, por abordar aspectos complexos que muitas vezes necessitam de uma rede de apoio. Para tanto, é importante questionar ao usuário se ele concorda que sua família participe do cuidado, além de avaliar a estrutura e o funcionamento familiar, identificando os recursos familiares para a solução dos problemas (BRASIL, 2013).

A ética perpassa o atendimento de todos os profissionais, principalmente, quando são levantados aspectos relacionados a sexualidade e/ou problemas relacionados a reprodução. Nos atendimentos envolvendo jovens, pessoas em situação de vulnerabilidades ou violência, em situação de prostituição, bem como ao público LGBT, os atendimentos devem contemplar as singularidades demandadas e a ética deve estar presente do acolhimento ao desfecho do caso.

Aspectos do contexto de vida dos usuários foram abordados nas competências **“Considera o contexto cultural, econômico e social dos indivíduos”** e **“Respeita os saberes e diferentes culturas”**. Conforme sinaliza o Especialista 8:

Respeitar os saberes, traços culturais é fundamental para se programar em conjunto ações que visem à minimização ou eliminação de vulnerabilidades e riscos relativos à saúde sexual e reprodutiva. (ESP 8).

Em estudo realizado com enfermeiros por Witt e Almeida (2008), a competência cultural aparece na interação da enfermeira com as diferentes culturas na APS e pressupõe o respeito às mesmas. A competência cultural também é preconizada pelo documento da OMS (2011) que considera a diversidade cultural e as diferenças individuais que caracterizam os pacientes, populações e da equipe de saúde. Esta competência também foi consenso no estudo de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) que descreve a necessidade de prestar cuidados na sexual e reprodutiva que sejam culturalmente sensíveis no que diz respeito à raça, etnia, classe, identidade de gênero e expressão, orientação e deficiência sexual.

Para a OMS (2010), os fatores sociais e culturais são significativos na determinação do acesso das pessoas aos serviços e informações na saúde sexual e reprodutiva. Os valores tradicionais, as crenças e as normas afetam diretamente o modo como os indivíduos, as famílias e as comunidades lidam com a sexualidade. Bechara et al. (2013) complementam que a sexualidade é um aspecto relevante do desenvolvimento humano, caracterizada pela construção histórica, cultural e social e influenciada fortemente pelas relações sociais. Também compreende a prática de desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde, sendo fortemente marcado por tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder.

Para que a atividade sexual seja exercitada e significativa é necessário um leque de processos realizados pelo indivíduo, que depende tanto da socialização, quanto do conhecimento de regras e de aspectos culturais (JAQUES, 2012). Para o Ministério da Saúde, a sexualidade manifesta-se desde o momento do nascimento até a morte, de formas diversas a cada etapa do desenvolvimento humano, sendo construída ao longo da vida. Além disso, é fortemente influenciada pela história, cultura, ciência, assim como pelos afetos e sentimentos, expressando-se então com singularidade em cada sujeito (BRASIL, 2013).

Para Jaques (2012), quando tratamos a sexualidade e a reprodução apenas pelo viés biológico, privamos os usuários de compreender a influência de outros fatores como o psicológico, social, histórico e cultural. A sexualidade deve ser considerada como algo natural e como parte da vida, e não implicada apenas no seu aspecto reprodutivo, mas também considerando valores sexuais e estilos de vida, que podem ser vivenciados de modos diferenciados por cada pessoa, o que é natural numa sociedade tão diversa e rica em valores e crenças.

É necessário levar em conta fatores como a cultura em que o indivíduo se insere, seu contexto social e a linguagem proveniente do grupo social do qual participa, bem como a realidade educacional e socioeconômica que está incluído (ARRUDA, 2002). De acordo com o Especialista 7:

O profissional precisa estar atento às particularidades do contexto, pois sua intervenção não se realiza em um vazio, mas junto à pessoas que tem dificuldades de compreensão, muitas vezes de nível social muito distinto do profissional, o que torna difícil um diálogo e uma adequação de linguagem, de saber o que poderá receitar, entender as orientações.

Os profissionais de saúde precisam entender que a cultura influencia comportamentos e pode modificar o estado de saúde, sugestionando diretamente no modo como os usuários enfrentam seus problemas de saúde (WITT; ALMEIDA, 2008). Alves et al. (2015) complementam que conhecer os valores, as crenças e as maneiras de viver dos indivíduos no seu contexto, é essencial para estimular novas práticas para enfermagem e contribuir para a promoção de um cuidado culturalmente congruente. Para as autoras, a cultura está intimamente ligada aos modos de cuidado:

[...] a família, a religião, a formação acadêmica, as concepções políticas e a percepção individual de cada uma das enfermeiras estavam interligadas com suas ações de cuidado. São elementos que impregnam seus valores culturais. Acredita-se que os fatores culturais, os quais são absorvidos na socialização primária e secundária, influenciaram diretamente os valores pessoais das enfermeiras, durante suas ações de cuidado. (ALVES et al., 2015, p. 270).

Desenvolver o cuidado baseado pela cultura é uma conexão necessária na APS, já que os profissionais atuam diretamente com a comunidade, conhecem o ambiente no qual convivem, e conseguem reconhecer os meios para que o cuidado seja realizado da melhor forma possível.

Neste sentido, denota-se que os aspectos culturais podem influenciar tanto positivamente quanto negativamente nas práticas de cuidado na saúde sexual e reprodutiva, tendo o modo como o profissional lida com temas de sexualidade e reprodução e a cultura em que está inserido, como norteadoras das práticas. Se o profissional apresentar uma postura mais conservadora, suas ações também serão mais conservadoras e vice-versa. Cabe aos mesmos tentar considerar suas crenças e valores para propiciar um cuidado isento de julgamentos e de acordo com as necessidades da pessoa atendida.

Ainda no domínio de ética e princípios profissionais foi identificada a competência “**Demonstra iniciativa para a resolução de problemas**”. O princípio de resolutividade é

caracterizado como a capacidade do sistema em resolver situações relacionadas à saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los de forma adequada em todos os níveis de atenção (BARBOSA; COELHO, 2011).

Competências relacionadas a resolução de problemas tem sido classificadas como competências gerais, que devem ser compartilhadas pela equipe de saúde. Estas competências foram consideradas como necessárias para o trabalho na atenção primária a saúde, sendo estabelecidas no trabalho e no enfrentamento cotidiano das situações de saúde (WITT, 2005).

A resolutividade recomendada pelo sistema de saúde em nosso país está relacionada às possibilidades de resolução dos problemas de saúde conforme os níveis de complexidade do sistema. No Brasil, a busca pela qualidade dos serviços públicos ainda é pouco praticada, e está intimamente ligada às desigualdades sociais, que influenciam na qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Neste sentido, a resolutividade emerge como uma diretriz fundamental para SUS, uma vez que possibilita o reconhecimento dos serviços ofertados por parte dos profissionais e dos usuários (SILVA; MARZARI, 2011).

Para as autoras supracitadas, a resolutividade vem sendo discutida a partir de diferentes abordagens e, desta forma, “pode-se dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento” pois está relacionada:

À demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros. (SILVA; MARZARI, 2011, p. 1).

A APS como a porta de entrada e a coordenadora do cuidado, quando funciona adequadamente tem sido reconhecida como instância com potencialidade para uma resolutividade alta, pois assume a maior parte dos cuidados, sendo que os hospitais e ambulatórios especializados podem exercer suas atribuições de forma satisfatória resultando em “maior satisfação dos usuários e na utilização consciente dos recursos existentes.” (SILVA; MARZARI, 2011, p. 1). A APS fundamenta-se no acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, tendo como característica avaliar e acompanhar de modo contínuo os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação da assistência (BRASIL, 2012a).

Neste estudo a resolutividade foi caracterizada pelo Especialista 1 como:

Necessidade de resolver a situação, requer do profissional uma postura resolutiva, atitudes. Conhecimento científico e da rede de atenção. Certamente uma habilidade possível de ser desenvolvida.

Nesse sentido, a atenção básica deve ser resolutiva identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, usando e articulando diversas tecnologias de cuidado tanto individualmente, quanto no coletivo, através da clínica ampliada que possibilita a construção de vínculos e ações efetivas. Espera-se que os profissionais da APS sejam capazes de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, tenham habilidades como a comunicação, tomada de decisão e que consigam intervir nos processos de trabalho, trabalhar em equipe e enfrentar situações em constante mudança (BRASIL, 2012a).

Embora na APS os problemas relacionados a saúde sexual e reprodutiva possam ser resolvidos nas unidades de saúde, com baixa necessidade de encaminhamentos, como nos casos de pré-natal de alto risco ou não adesão ao tratamento de DSTs ainda é necessário implementar estratégias que facilitem o acesso dos usuários com DST/HIV/AIDS pelo uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, e pensar estratégias para aproximação aos usuários em maior vulnerabilidade como os moradores de rua (BARBOSA et al. 2015). A realização dos testes rápidos para sorologias de HIV, sífilis e hepatites nas unidades de saúde ampliou bastante o acesso a estes exames, possibilitando aos usuários uma atenção mais qualificada.

O princípio da igualdade também emergiu nas falas dos especialistas através da competência **“Reconhece o outro como uma vida que vale o investimento profissional”**:

É preciso poder reconhecer que o outro (e sua vida) é importante e vale o investimento do profissional (ESP 4).

No SUS, pode-se se associar esta competência ao princípio da igualdade, sendo relacionada com a ideia de justiça social. De acordo com a Política de Humanização a igualdade está relacionada a condições para que os indivíduos tenham acesso e garantia de seus direitos. Para tanto, é importante a existência de ambientes favoráveis, de acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, bem como alternativas que possibilitem escolhas saudáveis, considerando que as iniquidades no campo da saúde são fortemente influenciadas pelas desigualdades sociais e culturais. (BRASIL, 2004b).

Na saúde sexual e reprodutiva esta competência talvez seja a mais difícil de ser implementada nas ações. Os profissionais de saúde ainda apresentam muitos preconceitos e dificuldades para promover a saúde sexual e reprodutiva na diversidade como em situação de rua, profissionais do sexo, pessoas em situação prisional, jovens, idosos, indígenas, homossexuais e transexuais, apesar deste cuidado estar preconizado no Caderno de Atenção Básica sobre SSR através de diretrizes que promovem a igualdade racial, étnica, de gênero, de

geração e de orientação sexual, em um contexto de enfrentamento a toda forma de discriminação (BRASIL, 2013).

A Constituição Federal Brasileira garante a atenção à saúde igualitária e integral, bem como o exercício profissional de forma ética e a oferta de cuidado à saúde adequado e de qualidade a todos os cidadãos, independente de qualquer opinião ou juízo de ordem moral (BRASIL, 2013).

As pessoas que exercem a prostituição e que vivem em situação de rua sofrem grande discriminação e violência de diversos tipos, até mesmo a institucional, devido a sua profissão. Estes grupos apresentam grandes vulnerabilidades a doenças em geral, e tem sua saúde muitas vezes negligenciada pelos serviços que precisam romper barreiras socioculturais para promover respeito e o acesso a ações e serviços qualificados. Além disso, as pessoas em situação de prisão têm os mesmos direitos e garantias fundamentais das pessoas em geral, inclusive aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, no entanto, o atendimento dos DSR no âmbito prisional ainda é um desafio que necessita de discussão através de políticas públicas já que a dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais ainda é essencialmente curativa e pouco preventiva (BRASIL, 2013).

No cuidado aos jovens, também é possível identificar dificuldades tanto no acesso dos mesmos aos serviços de saúde, quanto no despreparo por parte de alguns profissionais de manejar as situações que se apresentam nos atendimentos. Jovens não costumam cumprir combinações, como, por exemplo, comparecer a consultas agendadas e, cabe ao profissional de saúde facilitar este acesso ou realizar o cuidado no local nos quais estão inseridos, como na escola, praças e/associações de moradores. Conforme o Ministério da Saúde:

Para promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, é fundamental a realização de ações educativas sobre sexualidade, gênero, saúde sexual e saúde reprodutiva. Tais ações devem ter como princípio a igualdade entre homens e mulheres, incentivar o respeito mútuo nas relações e rejeitar todas as formas de violência, bem como atitudes discriminatórias, como a discriminação contra homossexuais ou a ridicularização dos adolescentes e jovens que não sejam sexualmente ativos. As informações oferecidas devem ser completas e precisas sobre sexualidade, anticoncepção, gravidez e proteção contra doenças sexualmente transmissíveis. (BRASIL, 2013, p. 68).

A saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens deve oferecer educação sexual, anticoncepção/planejamento reprodutivo, atendimento ginecológico, prevenção e tratamento de DST/ AIDS, além de acompanhamento da gravidez, parto e puerpério quando for necessário (BRASIL, 2010c).

Em relação aos idosos, sabe-se que o exercício da sexualidade altera-se com o passar dos anos, mas está presente em todas as fases da vida e sua vivência saudável é essencial para a qualidade de vida. Este tema ainda é cerceado pelo preconceito e discriminação fazendo com que “o comportamento sexual na terceira idade seja visto como inadequado, imoral ou anormal, por vezes até pelos próprios idosos, que podem experimentar um sentimento de culpa ou de vergonha” (BRASIL, 2013, p. 69). Os profissionais de saúde também são preconceituosos no que se refere a sexualidade de idosos, quando não valorizam as queixas ou evitam conversar sobre o assunto devido a dificuldades de lidar com o mesmo. Em contrapartida, observa-se na prática que as pessoas mais velhas têm vivido a sexualidade intensamente, mostrando-se mais vulneráveis a riscos para DST/HIV/Aids. Neste sentido, o princípio da igualdade vem sendo negligenciado nestas situações, pois necessitamos tratar a todos de forma igual, independente da idade, principalmente nos aspectos relacionados a sexualidade e reprodução.

Também na atenção a população indígena, a abordagem nos cuidados da saúde enfrenta diversos desafios relacionados à diversidade cultural e linguística, além do desconhecimento sobre os perfis epidemiológicos dessas populações. É importante que os profissionais de saúde da APS sejam capacitados para atuar junto às áreas indígenas, bem como os profissionais da rede de referência do SUS, para que possam lidar de forma adequada com toda essa diversidade, inclusive nos aspectos que envolvem a SSR. É fundamental que se entenda o modo como lidam com a sexualidade, com o início precoce da vida sexual, do papel que a mulher exerce nas tribos, bem como se conheça quais são as principais doenças e enfermidades que acometem cada tribo. Talvez o cuidado no pré-natal e assistência ao parto sejam o maior desafio para os serviços, e precisam ser abordados nas ações educativas realizadas junto a esta população para que tenham acesso a um cuidado qualificado e respeitoso (BRASIL, 2013).

Os homossexuais e pessoas LGBT tem lutado muito pela garantia de seus DSR, porém ainda não existe no Brasil uma legislação que compreenda os aspectos que envolvem a orientação sexual. Segundo Taquette (2013), apesar dos avanços como o Processo Transexualizador (cirurgia de mudança de sexo) no âmbito do SUS desde 2008 e o reconhecimento da união estável homoafetiva a partir de 2011, somente três estados brasileiros proíbem a discriminação sexual em suas constituições. Há também entraves sociais e políticos que permeiam este cuidado, como nos casos em que os profissionais apresentam dificuldade de aceitação para adotar o nome social aos usuários, bem como para encaminhar e acompanhar aqueles que desejam realizar a cirurgia para troca de sexo.

Outra situação na qual também pode-se evidenciar dificuldades para o desempenho desta competência é no cuidado a mulheres pós aborto. Muitos profissionais acabam trazendo seus julgamentos e crenças e negam este atendimento alegando que a mulher é responsável pelo procedimento que buscou. Cabe salientar que nestes casos, independente das crenças do profissional, a usuária tem o direito de ser avaliada e receber os cuidados e encaminhamentos necessários a sua condição de saúde, além da oferta do planejamento reprodutivo. Para Taquette (2013), questões como a descriminalização do aborto e o acesso a tecnologias de reprodução assistida, ainda são discutidas e não são consideradas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

No cuidado a pessoas com deficiências, a Organização das Nações Unidas (1982), preconiza a igualdade de direitos e a garantia de acesso a todos os serviços da comunidade, em todos os níveis de atenção, inclusive nas ações em saúde sexual e reprodutiva:

O princípio da igualdade de direitos entre pessoas com e sem deficiência significa que as necessidades de todo indivíduo são de igual importância, e que estas necessidades devem constituir a base do planejamento social, e todos os recursos devem ser empregados de forma a garantir uma oportunidade igual de participação a cada indivíduo. Todas as políticas referentes à deficiência devem assegurar o acesso das pessoas deficientes a todos os serviços da comunidade (s/p).

Considerando que a igualdade está prevista no SUS e na Constituição do nosso país, através do acesso às ações e serviços, em todos os âmbitos do cuidado (promoção, proteção e recuperação da saúde), além de universal, deve estar pautada na igualdade de resultados finais, assegurada por políticas públicas que busquem a diminuição de riscos ou agravos à saúde (BRASIL, 2010c).

Nas políticas de saúde para a atenção básica sobre SSR o sigilo é mencionado como um direito “a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação” (BRASIL, 2013, p. 16). Ainda no domínio da ética, o sigilo e a confidencialidade foram relacionados na competência “**Assegura o sigilo profissional**”:

O sigilo e a ética devem estar presentes em todas as ações na SSR (ESP 13).

O direito ao sigilo e confidencialidade fundamenta-se no princípio da autonomia e, facilitam a abordagem de aspectos envolvendo a saúde sexual e reprodutiva nos serviços de saúde. Esta competência é recorrente em estudos sobre competências (WITT; ALMEIDA, 2008), bem como é preconizada pela OMS (2011) e por Cappiello, Levi e Nothnagle (2016), para atuação na APS. Segundo a OMS (2010), o respeito pela confidencialidade e privacidade

é essencial no cuidado aos usuários, tendo em vista que o direito à privacidade significa que as pessoas não devem estar sujeitas a interferências arbitrárias ou ilegais em relação a sua privacidade e precisam ser protegidas legalmente neste aspecto. Em uma perspectiva de compromissos aos direitos humanos, e a fim de promover a saúde e o desenvolvimento de todos, os profissionais de saúde devem respeitar o direito de privacidade e confidencialidade, através de ações de aconselhamento, orientação e em serviços relacionados à SSR.

De acordo com as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, os profissionais de saúde necessitam ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Esta competência também é regulada por diversos códigos de ética profissionais e no próprio código penal, no quais deliberam o sigilo profissional, independentemente da idade do indivíduo sob atenção, podendo ser quebrado apenas em situações de risco de vida para a própria pessoa ou a terceiros relacionados, além de especificar normas para o segredo profissional, estabelecendo direitos e deveres dos profissionais em diversas situações e contextos (BRASIL, 2013; DIAS et al., 2013).

A questão relativa ao sigilo profissional e confidencialidade de informações dos usuários do serviço de saúde é de fundamental importância para uma adequada assistência em SSR na APS, o que demanda de todos os profissionais envolvidos formação adequada para tratar com situações, informações e dados do usuário. Durante os atendimentos, é necessário que a pessoa conte ao profissional detalhes sobre sua vida e rotinas, para que o mesmo consiga entender a natureza e a causa do problema, e desta forma, consiga intervir de forma adequada no problema ou situação. Fatos íntimos podem ser revelados e os usuários não pretendem que sejam revelados, assim, o sigilo trata-se de um princípio natural de confiança, respeito e dignidade que o confidente transfere para o confiado. Deste modo, nos serviços de saúde a liberdade individual está relacionada à inviolabilidade dos segredos (DIAS et al., 2013).

O sigilo e o atendimento são questões controversas nas questões relacionadas à sexualidade e reprodução dos jovens. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 1990, art. 3.).

Além disso, o ECA também preconiza que os jovens têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990). Deste modo, jovens tem direitos a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Nos aspectos relacionados à saúde, esse direito também prevê que os mesmos tenham privacidade durante uma consulta, em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade, ou seja, a garantia de que as questões nos atendimentos não serão informadas a seus pais ou responsáveis, sem a sua autorização - consentimento informado. Esses direitos baseiam-se no princípio da autonomia e, facilitam a abordagem de temas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O texto “Marco Teórico Referencial SSR de Adolescentes e Jovens”, aborda o sigilo e a confidencialidade nos atendimentos aos jovens nas questões sexuais e reprodutivas e traz como exceções para sigilo/autonomia dos profissionais de saúde frente aos problemas, a necessidade de procedimentos que necessitam de internação, procedimentos cirúrgicos e/ou casos que envolvam risco de morte (BRASIL, 2007).

Neste domínio, duas competências não obtiveram consenso: **“Promove o empoderamento dos sujeitos”** e **“Reconhece suas crenças e valores em relação àquelas dos usuários”**. Competências com significado semelhante também não foram identificadas nos referenciais e estudos publicados sobre a temática.

A competência que abordou o empoderamento dos sujeitos teve resultados bastante controversos, variando desde sendo considerada muito importante como sendo difícil de ser promovida. Os resultados apontam para a dificuldade dos profissionais em incentivar as pessoas a buscar seus direitos, fortalecer a autoestima e controlar suas relações pessoais e sociais. Em relação as crenças e valores, os especialistas relacionaram a competência com a influência de suas próprias crenças e valores no cuidado prestado.

6.2 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO LIDERANÇA E GESTÃO

Neste domínio três competências relacionadas pelos especialistas obtiveram consenso. A importância do trabalho em rede foi abordada através da competência **“Conhece a rede para possíveis encaminhamentos, conforme sinaliza o Especialista 4:**

É fundamental conhecer a rede para saber para onde encaminhar o usuário no sistema.

Desde o início da construção do SUS está colocado o desafio de trabalhar redes integradas de saúde. A ideia de Rede está implícita nos princípios diretrizes do SUS, e na Lei 8080 de 1990, através da proposta de rede hierarquizada e regionalizada. O trabalho em redes é fundamental para garantir o acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, e na oferta de uma atenção integral (BRASIL, 2008).

De acordo com as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas:

Pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2010d, p. 7).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (2010), a rede de atenção à saúde pode ser definida como uma rede de organizações que oferta, ou se organiza para ofertar, serviços de saúde equitativos e integrais para a população, além de ser responsável pelos resultados clínicos, econômicos e situação de saúde da população sob sua responsabilidade. Para o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2008), redes correspondem a articulação entre serviços e sistemas de saúde, bem como às relações entre os atores que ali atuam, mediante relações de interdependência entre os diferentes pontos desta rede. Os usuários do SUS circulam nestas redes para buscar a atenção a sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

O trabalho em redes reduz a fragmentação da atenção, uma vez que melhora a eficiência global do sistema, através de respostas às necessidades e às expectativas das pessoas; diminui os custos dos serviços de saúde, já que propicia a redução das hospitalizações e a utilização excessiva de serviços e exames, bem como o tempo de permanência hospitalar. Além disso, possibilita o aumento da produtividade do sistema, qualificando a atenção pelo meio da oferta balanceada de atenção geral e especializada. A continuidade da atenção também gera maior efetividade clínica, facilitando a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas, aumentando a satisfação dos usuários e proporcionando o autocuidado (OPAS, 2010).

Tanto no estudo de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016), quanto no documento da OMS (2011), esta competência também foi identificada para a realização de encaminhamentos na

saúde sexual e reprodutiva de acordo com as necessidades dos sujeitos. O estudo de Witt e Almeida (2008), também abordou esta competência como necessária para o trabalho em equipe considerando a APS como coordenadora da rede de serviços de saúde e responsável pela elaboração e desenvolvimento de políticas públicas.

No ponto de vista de Redes de Atenção à Saúde, a Rede Cegonha é a única que aborda aspectos relacionados a SSR, mas apesar dos avanços que prevê para a qualificação da assistência, ainda está pautada na lógica da atenção à saúde da mulher parturiente:

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e tem como objetivo, além de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2015, p. 58).

A Rede Cegonha está organizada de acordo com os seguintes componentes: assistência ao pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico. É responsabilidade da APS “estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção, de acordo com a situação” (BRASIL, 2015, p. 60). Deve-se garantir a todas as gestantes a realização de consultas de pré-natal nas unidades de saúde, acesso aos exames conforme protocolos estabelecidos, vínculo a uma maternidade, que preferencialmente deve conhecer ainda durante a gravidez. As ações ao puerpério e a saúde da criança também é responsabilidade das equipes de APS, que acompanham a puérpera e a criança, sendo preconizado o primeiro contato através de visita domiciliar na primeira semana de vida da criança. Incentivam o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, realizam a busca ativa de crianças vulneráveis e faltosas nas consultas, bem como orientam para a prevenção e o tratamento das DST/ HIV/Aids e hepatites, saúde sexual e reprodutiva e a oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2015).

Na saúde sexual e reprodutiva, além de conhecer a rede de serviços do sistema de saúde é importante conhecer a rede de apoio que o usuário dispõe para o enfrentamento de situações mais complexas como gravidez na adolescência, gravidez sem apoio do parceiro, drogadição, saúde mental, mulheres acometidas pelo zika vírus na gestação, violência doméstica e nos diagnósticos de doenças sexualmente transmissíveis:

Além de pensar na rede disponível no sistema de saúde também temos que identificar a rede que o usuário apresenta (ESP 17).

Esta forma de conceber as redes coaduna com o conceito de rede social proposto por Sluzki (1997), que a apresenta como o conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais, ou seja, constituem uma continuidade. O entendimento por parte dos profissionais de saúde referente ao papel e à importância da rede social proporciona o estabelecimento de estratégias com utilização de recursos formais e informais, que contribuam para apoiar as pessoas na construção de uma sexualidade saudável. Para tanto, deve-se diferenciar a rede social de apoio disponível e reconhecida pelos indivíduos, haja visto que resultados de outras pesquisas sugerem que são muitas e agem de modo efetivo e colaborativo no apoio à população e aos serviços de saúde (ALEXANDRE et al., 2012).

Na prática é muito importante conhecermos a rede para possíveis encaminhamentos na SSR, tendo em vista que o trabalho em redes prevê muito mais do que um simples encaminhamento e que nossa responsabilidade com o cuidado continua, pois o usuário continua morando no território.

A longitudinalidade é um atributo identificado por Starfield (2002), considerado como a característica central e exclusiva da Atenção Primária à Saúde. A competência **“Promove a longitudinalidade do cuidado”** obteve consenso neste estudo:

Acompanhar as pessoas ao longo do tempo se faz necessário para a integralidade do cuidado (ESP 11).

Na literatura a longitudinalidade é caracterizada pelo acompanhamento do usuário, através da continuidade e da efetividade do tratamento, ao longo do tempo colaborando para a efetivação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. Este atributo também possibilita a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, com diminuição de encaminhamentos desnecessários para especialistas e procedimentos de maior complexidade. E neste acompanhamento, a relação terapêutica deve ser responsabilidade tanto por parte do profissional de saúde e envolve a confiança por parte do paciente (STARFIELD; 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Também é caracterizada pela existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias (BRASIL, 2015).

A longitudinalidade costuma trazer benefícios para o sistema de saúde como o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, a realização de diagnósticos mais precisos, diminuição de custos e de internações, enfoque na prevenção e na promoção da saúde, e maior

satisfação dos usuários. Desta forma, ao longo do tempo se estabelece a confiança entre o profissional e a pessoa atendida, possibilitando que a mesma fique mais confortável para trazer seus problemas e seguir orientações. Ao mesmo tempo, quando o profissional conhece o usuário, ele consegue avaliar mais rapidamente os problemas de saúde (STARFIELD; 2002).

Apesar de ser um atributo da APS, a longitudinalidade não é descrita na literatura como uma competência para subsidiar as ações em saúde sexual e reprodutiva. No entanto, o atributo foi considerado importante para o atendimento aos usuários na SSR no que se refere ao aconselhamento para a realização de exames e tratamento para as doenças sexualmente transmissíveis devido ao vínculo criado deste com o profissional. A longitudinalidade permite acompanhamento do usuário ao longo do tempo pelos mesmos profissionais, além de propiciar uma relação de confiança e vínculo com o usuário, facilitando os atendimentos às DST/HIV/AIDS. Quando este atributo está consolidado na prática dos profissionais possibilita que novas demandas sejam atendidas de modo mais eficiente e resolutivo (BARBOSA et al. 2015). Para os autores “embora a longitudinalidade seja considerada relevante pelos profissionais e a APS seja um cenário para desenvolvimento do aconselhamento, todavia esta prática ainda não está consolidada.” (BARBOSA et al. 2015, p.535), uma vez que costuma-se realizar o cuidado de modo muito pontual em atendimentos que envolvam as doenças sexualmente transmissíveis, no aconselhamento pré e pós testes.

Tendo em vista que a longitudinalidade do cuidado implica na continuidade da relação clínica, através da consolidação de vínculos e co-responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de maneira permanente, acompanhando os resultados das ações e modificando condutas quando necessário, como nos casos de cuidado no pré-natal e no puerpério, esta diretriz se mostra como norteadora para a coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a). Na prática vislumbra-se que quando se conhece os usuários e suas histórias clínicas, o estabelecimento do vínculo possibilita a identificação de agravos à saúde mais rapidamente.

O enfrentamento de situações complexas como as que se apresentam na SSR, demandam ações de setores que vão além do da saúde. A intersetorialidade pode ser definida como uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde através de ações que ultrapassem os limites deste campo e que possibilitem diálogo com os diferentes setores da sociedade, com o intuito de criar parcerias e articular saberes e experiências para a resolução de problemas (BRASIL, 2012a). Neste estudo, a necessidade de ações desta natureza foi relacionada na competência **“Promove a Intersetorialidade”**:

Ser capaz de estabelecer ações intersetoriais com o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva (ESP 18).

Evidências mostram que intervenções de cunho intersetorial têm efeito significativo sobre a condição de saúde sexual e reprodutiva de indivíduos e populações (ESP 18).

Desenvolver ações intersetoriais, unificando projetos e redes de apoio social direcionados para o desenvolvimento de ações integrais é fundamental para os processos de trabalho das equipes na APS. No entanto, tem-se identificado dificuldade de integração dos setores, apresentando como consequências, a ausência ou a insuficiência de resposta para os determinantes sociais da saúde. Para superar essa questão, requer-se, portanto, decisão político-administrativa para romper com a tradição setorial (fragmentada), competitiva e hierarquicamente verticalizada e, desta forma, responder às demandas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Esta competência também foi reconhecida no documento da OMS como fundamental para o trabalho das equipes no cuidado à saúde sexual e reprodutiva junto às comunidades (OMS, 2011).

No campo da saúde, a intersetorialidade pode ser definida como um modo articulado de trabalho que almeja superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para proporcionar benefícios para a população. Pode ser considerada como uma prática social desenvolvida a partir da necessidade de ampliar as respostas do setor saúde diante da complexidade dos problemas vivenciados pelos indivíduos (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

A intersetorialidade é caracterizada pela integração dos serviços de saúde com outros órgãos públicos com o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, que são desenvolvidos por outras áreas no âmbito do SUS, estimulando a oferta de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. As peculiaridades dos grupos atendidos na SSR influenciam diretamente no estado de saúde/adoecimento e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, sendo impossível pensar ações e fazer a gestão da saúde sem a integração com outras políticas, como as sociais e econômicas. (BRASIL, 2010c).

A intersetorialidade consiste em uma diretriz da Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual os profissionais devem desenvolver suas ações através da busca de parcerias que auxiliem (BRASIL, 2010e, p. 13-14):

A troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

No entanto, existem dificuldades de articulação entre os diversos setores quando se aborda a saúde sexual e reprodutiva. As ações ainda são planejadas com enfoque na prevenção de gravidez e de doenças junto a adolescentes, e envolvem a saúde e educação. Para Higa et al. (2015), o Programa Saúde nas Escolas (PSE) é exemplo de política intersetorial na SSR, entre os Ministérios da Saúde e da Educação, organizado em eixos que abordam a avaliação das condições de saúde de alunos, promoção de práticas em saúde e prevenção de doenças, bem como formação de educadores e educação continuada para profissionais da saúde. No programa também é preconizado o monitoramento de ações para melhora da qualidade de vida da comunidade escolar. Deste programa iniciou a implantação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas que realiza um trabalho preventivo com os jovens para as doenças mais prevalentes na adolescência, incentivando a troca de saberes e experiências através de ações interssetoriais abordando temas como uso de álcool e de outras drogas, a educação para a saúde sexual e sexualidade, a prevenção da gravidez na adolescência e a prevenção das DST/Aids.

A política de saúde no Brasil recomenda que sejam realizados avanços para a discussão entre a saúde e outros setores como o sistema prisional e organizações não governamentais para planejamento de ações, ampliando o olhar no que tange a sexualidade e reprodução. No cuidado à população LGBT, ações de saúde precisam ser integradas com outras áreas e práticas de saúde, bem como outros setores do governo e da sociedade civil. Devem ser pensadas estratégias de articulação com outros grupos e organizações para a promoção da equidade com intenção de organizar ações interssetoriais (BRASIL, 2013).

Apesar de ter melhorado muito nos últimos anos com a consolidação da Lei Maria da Penha, ainda observa-se déficit no planejamento de ações interssetoriais que abordem a violência contra a mulher (BERGER, 2011). A Política Nacional de Promoção da Saúde aborda esta temática e indica a importância da “sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual.” (BRASIL, 2010e, p. 37), além de levantar a necessidade de que os profissionais de saúde estimulem a “articulação interssetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual” (Ibidem, p. 38). As ações

costumam ser organizadas isoladamente, tornando a assistência fragmentada e pouco eficaz.

Com o intuito de ampliar e qualificar os atendimentos nos casos de violência é necessária a formação de uma rede de atenção que contemple instituições governamentais, não governamentais e comunidade, para realizar os encaminhamentos necessários de forma adequada e desenvolver estratégias para prevenção. Deste modo, a rede tem potencial para intervir conforme a complexidade da violência e do caráter multidimensional que este problema apresenta, envolvendo as áreas da saúde, segurança pública, assistência social, jurídica, entre outras (PEDROSA; DINIZ; MOURA, 2016), articulando-se as experiências pontuais já existentes como no caso das Casas de apoio a mulheres vítimas de violência.

Neste domínio, a competência **“Garante o acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis”** não obteve consenso entre os sujeitos estudados. Para a OMS (2015), o acesso a exames para detecção de doenças sexualmente transmissíveis e a medicamentos essenciais devem ser garantidos pelos serviços de APS como parte do direito à saúde e devem ser ofertados pelos profissionais aos usuários do serviço. No entanto, os especialistas relacionaram que esta competência tem caráter gerencial, não sendo responsabilidade do profissional garanti-la.

6.3 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO TRABALHO COM A COMUNIDADE, SAÚDE E EDUCAÇÃO, ACONSELHAMENTO E AVALIAÇÃO

Neste domínio emergiram sete competências e todas obtiveram consenso junto aos especialistas. **“Conhece os marcos referenciais políticos e legais, nacionais e internacionais sobre os Direitos na Saúde Sexual e Reprodutiva”** foi assim justificada:

Os referenciais da área são bases importantes para nossa atuação profissional em todos os âmbitos (ESP 1).

Conhecer estes marcos faz com que o profissional enxergue a saúde sexual e reprodutiva para além da saúde da mulher e do período gravídico puerperal (ESP 11).

Reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos é uma competência básica para o cuidado (ESP 18).

A OMS (2011) preconiza que os direitos sexuais e reprodutivos sejam vistos na perspectiva de direitos humanos e aponta esta competência como necessária para atuação e abordagem dos profissionais na APS. Atualmente, nota-se amplos avanços na legislação internacional e nacional à respeito das dimensões da reprodução e da sexualidade como

direitos humanos e de cidadania. O grande desafio ainda é implementar, através de políticas públicas, dos princípios de igualdade, o respeito às diferenças e a promoção do pleno exercício da cidadania pautados por estes marcos teóricos, políticos e jurídicos (BRASIL, 2013).

Desde o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, ocorreram muitas mudanças no âmbito jurídico, mediante conferências, convenções e documentos internacionais direcionados a saúde da mulher, como a Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) e a IV Conferência Mundial da Mulher (1995), bem como os planos de ação decorrentes das mesmas, dos quais surgiu a conceituação de direitos sexuais e reprodutivos (LIMA, 2013). Para a autora, como não há leis específicas que tratem da saúde sexual e reprodutiva em nosso país, mesmo que a constituição forneça base para o reconhecimento dos mesmos, a fundamentação dos mesmos se dá através de interpretações sistemáticas de normas constitucionais. Este fato prejudica a elaboração de políticas públicas que abordem esta temática, bem como influenciam diretamente na assistência prestada. Temas pertinentes como a prostituição, o assédio e a exploração sexual, o tráfico de mulheres, a alta mortalidade materna, o aborto ilegal e o grande quantitativo de esterilização exemplificam como ainda há deficiências na garantia desses direitos.

Considerando que para implementar uma ação é preciso que se conheça e entenda a sua legitimidade, esta competência emerge como fundamental para a qualidade da assistência prestada na APS. Ainda observa-se desconforto por parte dos profissionais quando se aborda direitos de pessoas em privação de liberdade, de profissionais do sexo, da população LGBT e até mesmo de jovens, haja visto que os cuidados aos mesmos nem sempre vão estar presentes nos protocolos que fundamentamos as ações. Tendo em vista que o arcabouço legal e a maioria das políticas públicas pré-estabelecidas são basicamente direcionadas às mulheres, entende-se a dificuldade dos profissionais de saúde ampliarem o olhar e prestarem uma assistência mais ampla na saúde sexual e reprodutiva.

Outro aspecto importante é que a maioria dos profissionais ainda percebe os direitos sexuais e direitos reprodutivos como interdependentes. Segundo Lima (2013), é necessário assegurar que o direito da sexualidade ultrapasse a esfera reprodutiva, pois muitas pessoas ainda apresentam dificuldades em pensar no exercício da sexualidade sem pensar em questões reprodutivas e trazem este discurso nos seus atendimentos. Da mesma forma que o direito da sexualidade não pode se resumir ao direito da reprodução, os direitos sexuais não devem restringir-se a um direito da sexualidade não-reprodutiva, mas sim ser vistos de forma mais

ampliadas, para que seja garantida a vivência da sexualidade de forma plena e traga felicidade ao indivíduo, independente de suas escolhas.

O trabalho interdisciplinar é um dos fundamentos básicos da APS e foi abordado através da competência “**Articula conhecimento interdisciplinar inerente à saúde da população**”. Para esta competência os especialistas referiram a importância da contribuição de cada disciplina:

O objeto profissional se define com o agir da profissão e para isto se faz necessário diferentes habilidades adquiridas durante a formação acadêmica do enfermeiro (ESP 7).

O trabalho interdisciplinar e em equipe é o eixo norteador do documento da OMS (2011), que relaciona as competências essenciais para a assistência na saúde sexual e reprodutiva na APS. Para Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) colaborar com os membros da equipe interdisciplinar através de objetivos comuns, comunicação eficaz, respeito mútuo e compreensão dos papéis de cada um é imprescindível na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com as diretrizes para a APS:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. (BRASIL, 2012a, p. 22).

Matos e Pires (2009, p. 339) complementam sobre a importância do trabalho interdisciplinar:

O reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde impõem uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano.

Desta forma, sabendo-se que a atuação em equipe multiprofissional é uma característica da APS, a mesma deve desenvolver práticas de saúde integrais que abordem a saúde sexual e reprodutiva de acordo com as realidades e as necessidades da comunidade em que trabalham, além de incentivar a corresponsabilidade e participação social, visando a construção de laços, o desenvolvimento de ações cidadãs que acolham as diferenças e

possibilitem o acesso universal aos serviços (BRASIL, 2013).

O trabalho das equipes deve reconhecer a prioridade no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, incluindo os adolescentes para a integralidade do cuidado à saúde. Essas ações podem ser desenvolvidas por todos os membros da equipe e planejadas a partir do enfoque da educação em saúde e do trabalho coletivo. Quando priorizada, a realização de ações participativas para a população, favorece a efetivação de um espaço de escuta e fala desses sujeitos e real identificação de suas demandas e necessidades de saúde sexual e reprodutiva.

A epidemia da AIDS é um exemplo importante da necessidade do uso da interdisciplinaridade, já que é necessária a compreensão das atitudes e comportamentos, estilos de vida e todos os aspectos socioculturais envolvidos na exposição ao risco, com o cuidado sendo realizado por diversos profissionais com a contribuição dos saberes e técnicas de várias disciplinas. Para tanto, devem existir propostas de ações consistentes com articulação de diversas áreas como educação, prevenção, informação, assistência à saúde, políticas, entre outros, que precisam ser atualizadas de acordo com os avanços científicos (ARTMANN, 2001). Os profissionais de saúde, que trabalham no atendimento a pessoas com doenças sexualmente transmissíveis ou HIV, precisam refletir sobre a subjetividade que envolve viver com essas doenças, investir em novas ações e construir conhecimentos para a obtenção de bons resultados de promoção da saúde (MEIRELLES; ERDMANN, 2005; ARAÚJO et al., 2009; GIAMI, 2006).

Outras ações como o planejamento reprodutivo, o cuidado no pré-natal e puerpério, o rastreamento para cânceres de colo de útero e mama, a atenção a saúde do homem e população LGBT, indígenas, bem como intervenções junto a prostitutas ou em pessoas em situação de prisão e de rua serão fortalecidas se realizadas com uma abordagem interdisciplinar. É evidente a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, munida de um planejamento de saúde norteado por estratégias e atividades educativas com o propósito de melhorar a qualidade de vida e saúde dos usuários.

Além disso, para melhor assistência na SSR torna-se imprescindível que as grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde sejam reformuladas para atender às demandas do SUS, de modo a preparar melhor os profissionais de saúde para lidar com as necessidades da comunidade e desenvolver, em suas práticas de saúde, o princípio da integralidade (CECCIM, 2008).

A violência sexual é um tema muito pertinente na SSR e tem uma incidência muito alta na APS. Evidencia-se o reconhecimento da APS como alternativa para o enfrentamento

da violência, tratando confidencialmente situações que envolvem o problema, e promovendo alívio, apoio e incentivo aos envolvidos (SOARES; LOPES; NJAINE, 2013; USTA, 2012).

Neste sentido, a competência **“Prove aconselhamento e encaminhamento dos casos de violência sexual”** está em consonância com uma necessidade do trabalho na APS:

Acredito ser necessário o debate e o enfrentamento da violência, já que esta é um problema de saúde pública do Brasil (ESP 9).

Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) identificaram uma competência semelhante para prestar assistência nos casos de violência, com o intuito de identificar os pacientes que sofreram violência, coerção, abuso ou exploração sexual para que seja possível prestar cuidados ou encaminhamentos necessários. No documento da OMS (2011), não há uma competência específica para abordagem em situações de violência, mas este cuidado está implícito em outras competências como prestar cuidados em todas as situações que envolvam a saúde sexual e reprodutiva. Esta competência também foi identificada no estudo de Hewitt, Roye e Gebbie (2014) que prevê a identificação da violência por parceiro íntimo, aconselhamento e encaminhamento quando indicado.

A violência é um problema que atinge a todas as classes sociais e é considerada uma questão de saúde pública, já que influencia na saúde individual e coletiva. A formulação de políticas específicas para o enfrentamento, a prevenção e a qualificação das equipes são fundamentais para prestar a devida assistência em situações identificadas ou com suspeita de violência. Também se constitui de evento complexo que pode ocasionar sequelas físicas e emocionais graves que podem comprometer de forma permanente a saúde, inclusive a saúde sexual e saúde reprodutiva da pessoa atingida. Costuma causar prejuízos econômicos, devido aos dias de falta ao trabalho, bem como pelos danos mentais e emocionais provocados tanto nas vítimas quanto em suas famílias. Segundo relatório da OMS, 35% das mulheres em todo o mundo já vivenciou alguma violência por parceiro íntimo ou não-parceiro em sua vida. Em média, 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento já experimentaram alguma forma de física ou violência sexual por seu parceiro. Mundialmente, 38% dos casos de assassinatos envolvendo mulheres são cometidos por um parceiro íntimo (BRASIL, 2013; OMS, 2015).

A Política de Promoção da Saúde tem como pressupostos o desafio apresentado a APS de estimular a autonomia dos indivíduos para lidar com os diferentes fatores que influenciam na qualidade de vida, sejam eles biológicos, psicossociais ou comportamentais (BRASIL, 2010e). Neste sentido, o reconhecimento da violência como um fator agravante, cada vez

mais frequente na vida das comunidades, a institui como um objeto de intervenção no campo da saúde coletiva, no que se relaciona à compreensão de suas manifestações, consequências, prevenção e tratamento (MELO, 2010).

Muitos estudos abordam a importância da implementação de ações de rastreamento dos casos de violência na rede primária. Esta proposta, já adotada como política de saúde em algumas nações prevê a detecção dos casos, o aprimoramento da rede de apoio de forma apropriada e promove visibilidade ao problema (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; MATSEKE; PELTZER, 2013; AUDI et al., 2012).

Em relação aos usuários em situação de violência, os estudos revelam que as mulheres buscam os serviços de saúde de forma mais frequente, estando mais propensas a procurar atendimentos médicos (TAFT et al., 2012). Desta forma, para identificar casos de violência é fundamental o profissional apresentar um olhar diferenciado, para prestar assistência livre de julgamentos ou preconceitos e conhecimento para lidar com a situação após a detecção (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2012). Qualquer profissional da equipe pode trabalhar com situações de violência desde que tenha desejo de contribuir para a resolução do problema, tenha postura empática, apresente boas habilidades de escuta, respeite a confidencialidade e a autonomia da clientela sob seu cuidado (JOYNER; MASH, 2012).

Além disso, é essencial que os trabalhadores de saúde conheçam a legislação no que tange a violência, bem como os direitos e deveres dos profissionais de saúde, para que seja prestado o adequado atendimento à vítima de violência doméstica e sexual. Ainda percebe-se na prática, que há desconhecimento sobre a legislação vigente, fato que dificulta ainda mais a abordagem desse problema, pois pode gerar insegurança no profissional. Durand e Heidemann (2013) recomendam que os trabalhadores de saúde recebam treinamento para as práticas de promoção da saúde, para a humanização do cuidado e para o acolhimento das situações de violência.

O cuidado nas situações de violência ainda apresenta muitas limitações para ser exercido de forma plena na APS. O atendimento a jovens e população LGBT vítimas de violência sexual ainda é pouco praticado nas unidades de saúde, pois este cuidado ainda é negligenciado pelos profissionais de saúde pelos aspectos culturais, medo e desconhecimento. Além disso, muitas mulheres julgam que a abordagem da violência doméstica por parte dos profissionais da saúde é uma postura invasiva e se surpreendem com perguntas relacionadas ao tema, pois acreditam que as ações de saúde podem interferir em questões consideradas como um segredo de família. As mulheres também costumam temer que ao levar estas questões aos serviços de saúde vão tornar os homens mais agressivos, prejudicando a

estrutura familiar (USTA et al., 2012). Espera-se que a equipe exerça função primordial como ordenadora do cuidado, levando-se em consideração a proximidade entre a equipe de saúde e a família (BRASIL, 2013), no entanto muitas equipes de saúde preferem encaminhar os casos, suspeitos ou confirmados de violência doméstica e sexual, seja por carência de capacitação, de informação sobre o assunto ou por não entenderem que esse é um problema que também pertence à APS.

Para Santos (2014), o acompanhamento na unidade básica de saúde traz muitos benefícios para o indivíduo a ser cuidado e sua família, devido à proximidade da residência, o vínculo já estabelecido junto à equipe, a facilidade no acesso aos serviços ofertados pela equipe, como consultas, exames e atividade de grupo. A autora ainda aponta que a decisão quanto a necessidade de encaminhamento deve advir da própria equipe de saúde, levando-se em conta as particularidades de cada caso e as suas possibilidades terapêuticas. A decisão do encaminhamento pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e não deve acarretar na interrupção do seguimento do cuidado pela equipe.

Nas ações que envolvem o cuidado e intervenção em casos de suspeita e/ou violência sexual os profissionais da APS enfrentam o desafio de exercer esta habilidade de forma plena por inúmeros fatores que vão desde questões pessoais e socioculturais, dificuldades de encaminhamentos por desconhecimento ou deficiências das redes de apoio, sejam elas formais (sistema de saúde) ou informais (redes que a mulher em situação de violência dispõe para apoio), oferta de serviços qualificados para o atendimento da violência sexual nas diferentes fases do ciclo vital e independente do sexo. No âmbito hospitalar, os casos de violência sexual ainda são atendidos nas emergências ou centros obstétricos, fato que muitas vezes inviabiliza o acesso do público jovem, mais velho ou população LGBT. O fato das vítimas hesitarem em comunicar que sofreram alguma violência, bem como de profissionais hesitarem em questionar sobre a mesma durante os atendimentos de rotina mostra-se como uma grande limitação para a qualificação da assistência.

Outra competência que obteve consenso junto aos especialistas estudados foi **“Promove e incentiva o autocuidado na Saúde Sexual e Reprodutiva”** como percebe-se na fala a seguir do Especialista 15:

Trabalhar o autocuidado junto à comunidade, líderes, grupos educativos na perspectiva de enxergar a SSR de forma ampliada abordando os aspectos de gênero.

A promoção do autocuidado não aparece como uma competência para a APS nos textos utilizados como referência para este estudo, embora apareça como uma recomendação para abordagem da saúde pública (OMS, 2015). Segundo o Ministério da Saúde, para melhorar a saúde é preciso que as pessoas reflitam sobre seus estilos de vida e assumam hábitos mais saudáveis, que propiciem o bem estar e previnam o surgimento ou complicações de algumas doenças. Considera o autocuidado como a capacidade dos indivíduos em se olhar, se observar e escolher como cuidar da sua saúde e, para tanto, é necessário que os mesmos estejam motivados e informados para possibilitar as mudanças (BRASIL, 2016).

Esta competência também é preconizada na atenção aos homens, através do estímulo por meio de informações, de processos que envolvam a educação e comunicação, e promovam o autocuidado com sua própria saúde (BRASIL, 2009).

Um momento que possibilita ações para promoção ao autocuidado na SSR é o pré-natal, sendo considerado espaço privilegiado na busca do parto e nascimento humanizados, que refletem na saúde da mulher e da criança, e que quando conduzido por profissionais que consigam estabelecer um bom vínculo e efetiva comunicação junto às gestantes e seus familiares, contribui nas ações de educação em saúde, favorecendo o autocuidado e o exercício da autonomia (BRASIL, 2011b). Além disso, a realização do teste rápido para as sorologias no pré-natal, além de ser uma medida protetora, pode possibilitar a tomada de decisão embasada na reflexão centrada no autocuidado, além disso, a identificação das necessidades individuais e/ou do casal, e o incentivo à livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva, também podem ser estratégias para promover o autocuidado (LEMOS, 2014a).

Na atenção aos jovens a promoção ao autocuidado pode ser desenvolvida de forma mais efetiva a partir da implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, que se mostrou uma tecnologia de educação em saúde e cuidado que promove a reflexão de questões que vão desde as transformações corporais até os conflitos familiares, educacionais e sociais pertinentes a esta fase da vida. Embora os adolescentes tenham bastante acesso às informações sobre sexualidade e prevenção, os índices de DST/HIV e gravidez não planejada não diminuem, fato que reforça a ideia de que conhecimento sem a adoção de práticas saudáveis não tem se refletido no autocuidado seguro. A escola ainda é considerada o espaço mais privilegiado para o estímulo ao autocuidado nos aspectos referentes a sexualidade e reprodução de jovens, através de atividade educativas que promovam a reflexão e aproximem os jovens aos serviços de saúde (RIBEIRO et al., 2016a). Neste sentido, a caderneta se apresenta como um instrumento fundamental para a propagação de informações e interação de

profissionais e adolescentes, pois aborda a temática da sexualidade e da gravidez na adolescência de forma dinâmica e objetiva.

Na saúde da mulher, o momento do exame preventivo do câncer de colo de útero também é um espaço com grande potencial para a promoção do autocuidado, pois é um momento em que a mulher pode trazer suas dúvidas e anseios. É importante que o profissional estabeleça uma relação de confiança e aproveite esse encontro para fornecer orientações sobre saúde, responder dúvidas, bem como trabalhar aspectos relacionados a SSR como planejamento reprodutivo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e rastreamento para câncer de mama. Estudo realizado recentemente sobre autocuidado e prevenção e controle do papiloma vírus humano (HPV) com mulheres, identificou fragilidades relacionadas aos comportamentos de saúde, déficit para o autocuidado na prevenção, tratamento/controle do HPV e nos cuidados apropriados; falta de conhecimentos acerca do HPV, suas consequências e seu enfrentamento; dificuldades para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente compartilhadas; bem como na redução dos riscos socioeconômicos. Para as autoras, quando a mulher tem conhecimento sobre a própria doença, sua própria condição de saúde contribui para a sua autonomia e escolhas em cuidados de saúde e, as consultas para coleta do citopatológico é um dos espaços que propicia este cuidado (MIRANDA; GONÇALVES, 2016).

Outro momento importante para empoderar mulheres ao autocuidado é o período pós-parto, pois o profissional pode realizar atividades educativas que abranjam os cuidados no pós-parto relacionados tanto à criança (amamentação e cuidados do bebê) quanto à mulher (estado mental, perda de peso, vida sexual, tabagismo, adaptação, atividade física e relaxamento). Além disso, inserir o companheiro nesses cuidados também é uma atribuição dos profissionais da APS no desenvolvimento desta competência (BARBOSA et al., 2016).

Promover o autocuidado aos homens é uma tarefa bastante difícil tendo em vista que os mesmos não tem o hábito de procurar os serviços de saúde de APS para realização de atividades preventivas. Estudo recente sinaliza que os homens adultos, em sua maioria, utilizam as unidades emergenciais para a busca de resolução de seus problemas de saúde (BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2015). Os profissionais da APS precisam aproveitar as consultas para incentivar que os homens se cuidem, bem como facilitar o acesso dos mesmos através da realização de atividades em horários estendidos ao funcionamento da unidade ou aos finais de semana.

A promoção do autocuidado também deve ser pensada para as mulheres que vivem na prostituição, tendo em vista que as mesmas sofrem preconceitos e são acusadas de disseminar

doenças, sendo estigmatizadas por utilizarem o sexo com finalidade lucrativa. Devido a isso, as profissionais do sexo podem sofrer discriminação pela população ou até mesmo por alguns profissionais de saúde, que focam o atendimento a essas mulheres mais nos fatores de risco, esquecendo-se de fornecer uma atenção integral. O fato de essas mulheres terem de cuidar de sua saúde sem, muitas vezes, instruções apropriadas pode dificultar a prática do autocuidado. Deve-se repensar a qualidade da assistência a essas mulheres na APS, facilitando o acesso e propondo atividades que promovam o autocuidado para a saúde sexual e reprodutiva (PRIMO; BOM; SILVA, 2008; BARBOSA et al., 2012).

Além disso, incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde de APS voltados à promoção da autoestima entre LGBT, promoção do autocuidado e eliminação do preconceito para a sociedade em geral também é essencial para a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população (BRASIL, 2013).

A importância da prática de atividades educativas também foi relacionada como uma competência necessária para o trabalho na APS através do enunciado **“Articula atividades educativas em saúde que abordem a Saúde Sexual e Reprodutiva de homens, mulheres e jovens”**:

Importante para facilitar o acesso aos serviços de saúde (ESP 15).

A competência da educação em saúde é reconhecida, como fundamental para apoiar e incentivar as equipes de APS na qualificação do cuidado na saúde sexual e reprodutiva na perspectiva de direitos (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016; OMS, 2011).

A educação é considerada como um elemento fundamental na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva tendo em vista que “educar é um processo de construção permanente.” (BRASIL, 2013, p. 108). Segundo a OMS (2015a), a educação em saúde é definida como um arranjo de experiências de aprendizagem planejadas para auxiliar pessoas e comunidades na melhoria de sua saúde, através de cuidados que promovam e influenciam o conhecimento. Essa prática precisa ultrapassar as atividades “formais” de educação, fundamentadas nos processos de ensino/aprendizagem didatizada e assimétrica, desenvolvidas por aqueles “que sabem” em relação “aos que desconhecem.” (FLORES, 2007).

Para Flores (2007), as práticas educativas não podem ser pautadas na transmissão de saberes e precisam assegurar o desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito da saúde, da “realidade” e das possibilidades das pessoas se estruturarem e instigarem mudanças

individuais e coletivas, buscando a construção de um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses. O Ministério da Saúde recomenda que as práticas educativas sejam implementadas na prática profissional através da metodologia participativa, com abordagem pedagógica centrada no sujeito. Nas atividades desenvolvidas na promoção da saúde sexual e reprodutiva é necessário respeitar o conhecimento e experiência prévia, possibilitando o diálogo acerca da sexualidade, reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nesses aspectos:

Abordar a temática saúde sexual e saúde reprodutiva sob enfoque educativo significa ofertar oportunidades aos usuários de falarem sobre o que pensam do amor, do preconceito, da amizade, da família, da cidadania, do namoro, do “ficar”, da virgindade, das doenças sexualmente transmissíveis, da raiva, da violência, das drogas, do sexo, da fome, da desigualdade, da arte, do medo, da gravidez desejada ou indesejada etc. Por tudo isso, abordagens coletivas, ou melhor, conversas coletivas sobre esse assunto tornam-se fundamentais. (BRASIL, 2013, p. 109).

Desta forma, para iniciar a discussão com o usuário é necessário compreender que todas as pessoas são influenciadas por este assunto e que é impossível promover o diálogo através de ações embasadas em intervenções pedagógicas tradicionais, como as palestras sobre planejamento familiar que condicionam a entrega do anticoncepcional. As ações devem ser pautadas a partir das realidades vivenciadas pelos usuários, proporcionando a reflexão e o questionamento com base na situação/problema vivenciado. Este processo deve envolver tanto os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, quanto os usuários que buscam os serviços. Neste sentido, as ações educativas devem ser promovidas junto a homens, mulheres, jovens, idosos, através do estímulo ao autocuidado, fortalecimento da autoestima e a autonomia, colaborando para o pleno exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2013).

As atividades educativas podem e devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. A OMS (2010) indica que existem muitos pontos de entrada para a promoção da saúde sexual e sexualidade saudável através da educação, tais como a escola, espaços comunitários e associações de moradores, praças, grupos educativos já existentes na unidade de saúde, atividades de sala de espera, visitas domiciliares, ou seja, todo o espaço de cuidado pode ser espaço para desenvolver a educação em saúde com enfoque na SSR.

Estudo realizado com mulheres com o intuito de investigar a violação dos direitos sexuais e reprodutivos evidenciou que o início da atividade sexual costuma ser marcado pelo déficit de informações, podendo resultar em gravidez não planejada na primeira relação

sexual. Esta situação evidencia o papel que a educação em saúde ocupa e a necessidade da escola incluir em seu Projeto Político Pedagógico atividades de orientação relacionadas a vivência plena da sexualidade, colaborando para tomada de decisões responsáveis a respeito da vida sexual dos alunos, além de propiciar o desenvolvimento do pensamento crítico e comportamentos saudáveis (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

O Programa Saúde na Escola vem sendo desenvolvido pelas equipes multiprofissionais no nível de atenção básica no âmbito escolar e tem como objetivos promover a saúde sexual e reprodutiva e diminuir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens em relação as doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e a gravidez indesejada. Fomentar o diálogo entre os jovens, professores e profissionais de saúde, tem propiciado uma aproximação da escola com o serviço de saúde, facilitando o acesso aos serviços quando necessário e fortalecendo vínculos (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010). Considerando que o ambiente escolar é o espaço onde os jovens passam a maior parte do seu tempo, bem como o potencial para mudanças de práticas e promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens que apresenta, é necessário que as equipes de saúde aproveitem esse espaço para desenvolver suas ações educativas em saúde, ampliando sua atuação e contribuições dentro das escolas com enfoque para além da prevenção da gravidez indesejada e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Temas como cultura do estupro, violência, aborto, discriminação de gênero e homofobia precisam ser incluídos no debate (FREITAS; DIAS, 2010).

Além dos jovens, a intervenção educacional com mulheres climatéricas também mostra-se como um importante instrumento para promoção de qualidade de vida. A educação em saúde nesses casos caracteriza-se como uma estratégia que gera muitos impactos positivos para a saúde da mulher, promovendo um maior entendimento sobre o envelhecimento e o esclarecimento de dúvidas sobre o climatério e a menopausa (GARCIA et al., 2010). No envelhecimento, a educação em saúde mostra-se como estratégia na construção de conceitos que visualizem o idoso como uma pessoa capaz de vivenciar sua sexualidade desprendida de mitos e preconceitos que se solidificaram socialmente, sendo necessário que essas ações educativas envolvem idosos e não idosos, pois o envelhecimento é inerente ao ser humano e aspectos sobre a sexualidade precisam ser discutidas em todas as etapas da vida (LOPES et al., 2014).

Apesar da prática desta competência ser amplamente divulgada e promovida pelos setores responsáveis pela saúde e educação em nosso país, bem como ser uma atividade que comumente é realizada pelos profissionais de saúde da APS, ainda nota-se que as ações

preconizadas seguem a linha da saúde da mulher e abordam aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Cabe aos profissionais de saúde ampliar o enfoque das atividades abordando temas que promovam a cultura da responsabilidade compartilhada, pautada na perspectiva de gênero, na diversidade social, de combate à violência e discriminação.

Neste sentido a competência **“Promove a Saúde Sexual e Reprodutiva de indivíduos, famílias e comunidade”** traz uma perspectiva de cuidado mais abrangente. Esta competência é proposta pela Organização Mundial da Saúde (2011), quando aborda a promoção da saúde sexual e reprodutiva no âmbito da APS como um eixo que deve nortear as ações dos profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde, para promover a SSR o profissional de saúde da atenção primária precisa desenvolver habilidades que contemplem o respeito e a empatia pelos usuários, boa capacidade de comunicação, usar linguagem acessível, simples e clara, ser gentil, favorecendo o vínculo e uma relação de confiança, acolher o saber e o sentir dos usuários, além de sentir-se confortável para falar sobre sexualidade e sobre sentimentos (BRASIL, 2013).

O contexto escolar é um espaço dinâmico e valioso para se conhecer as necessidades dos adolescentes, bem como para intervir de forma direcionada e pautada na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Com isso, a escola é vista como um forte aliado às intervenções das políticas de saúde do adolescente, através de atividades que abordem informações sobre prevenção de doenças e HIV, planejamento reprodutivo; informações sobre o papel do prazer, do erotismo e da satisfação; a discussão sobre as diferenças e desigualdades de gênero; informações sobre a importância da responsabilidade e tomada de decisão conjunta, e formação em habilidades de comunicação e de negociação; informações sobre a identidade sexual e de gênero e orientação sexual (OMS, 2010).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem preconiza que ações de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV sejam promovidas junto à população masculina, através do incentivo do uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS, bem como da garantia de acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados (BRASIL, 2009).

O cuidado na saúde da mulher no âmbito da SSR deve incluir ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama; ações para diagnóstico e tratamento das DST/AIDS; assistência à anticoncepção; assistência ao pré-natal de baixo e alto risco;

imunizações preconizadas; assistência ao puerpério; realização de atividades educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama e doenças sexualmente transmissíveis; bem como a garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama e garantia do acesso das gestantes, para o atendimento de intercorrências e parto (BRASIL, 2016a).

Em relação ao cuidado às mulheres em privação de liberdade, ressalta-se que as mesmas apresentam os mesmos direitos sexuais e reprodutivos que as mulheres em liberdade. A promoção à saúde deve ser pautada em aspectos que garantam esses direitos. No entanto, ressalta-se que as ações de saúde voltadas a DST/AIDS precisam ser reformuladas, uma vez que a prática preventiva ainda consiste em um problema nas vivências dessa população. Um estudo realizado em uma penitenciária feminina investigou as condições de saúde sexual das mulheres em situação prisional, constatando que a maioria não utilizava métodos contraceptivos nem uso de preservativo (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004). A falta de acompanhamento na gravidez e no parto, além do pré-natal também evidenciado junto as mulheres presas (ASSUNÇÃO, 2010). Neste sentido, limitar as intervenções às DST/AIDS e negligenciar o atendimento pré-natal, é retratar a atenção à saúde no sistema prisional de maneira reducionista, uma vez que o próprio ambiente expõe a população a agravos de saúde mental e na saúde sexual e reprodutiva.

Ainda para promover a saúde sexual e reprodutiva com vistas à integralidade é necessário ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução a sua demandas e necessidades. Em relação ao cuidado aos transexuais e travestis é importante atentar para o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos e de silicone industrial, que podem trazer sérias complicações à saúde dos mesmos. Além disso, a falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais se configura como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais, sendo que os mesmos tem garantido pela legislação o uso do nome social para os usuários da saúde (BRASIL, 2010e).

Ainda nesse contexto, a competência **“Compreende a dinâmica social e cultural considerando aspectos de gênero, classe, raça, etnia e diversidade social”** colabora para a promoção da saúde em SSR na APS. Para Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) prestar cuidados na saúde sexual e reprodutiva que sejam culturalmente sensíveis no que diz respeito à raça, etnia, classe, identidade de gênero e expressão e orientação sexual é uma habilidade que precisa ser desenvolvida pelos profissionais da APS. A OMS (2011), também relaciona a tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios, bem

como o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos com vistas a promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual.

Esta competência também aparece como diretriz em muitas políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Na atenção à saúde do homem é abordada quando se discute a ampliação do acesso dos homens às informações sobre prevenção de agravos e enfermidades com enfoque de gênero, pautado na orientação sexual, e na condição étnico-racial nas ações educativas (BRASIL, 2009). A rede cegonha, enquanto política para as mulheres, também orienta através de seus princípios, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade e o enfoque de gênero (BRASIL, 2011b). Já a Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades relacionadas a saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2010f).

Segundo a OMS (2010), os fatores sociais e culturais influenciam no acesso das pessoas aos serviços de saúde e a informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A influência dos valores tradicionais, das crenças e das normas não deve ser subestimada, pois afetam a família, a comunidade e a sociedade, e desempenham um papel importante na formação da vida sexual das pessoas.

A competência cultural é um princípio que orienta o trabalho da APS, já que envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou a outras características culturais especiais. Os profissionais necessitam ter outros conhecimentos e habilidades para além do campo das disciplinas acadêmicas da área de saúde, que envolvem relacionamentos, capacidade de escuta e de manejar situações adversas, desenvolvimento de trabalho em equipe, estabelecimento de parcerias, comprometimento com os usuários, respeitando os modos de viver dos indivíduos e famílias (BRASIL, 2013).

A questão da transversalidade de gênero nas políticas e nas ações de saúde é uma estratégia para minimizar estereótipos culturais que foram construídos pelos profissionais de saúde ao longo dos anos e que, muitas vezes, perpassam a sua postura enquanto profissional na assistência por eles prestada, principalmente no que se refere às questões relacionadas a SSR.

De acordo com Gomes (2008, p. 65), o gênero pode ser compreendido como:

[...] uma construção cultural sobre a organização social da relação entre os sexos, traduzida por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais [...] refere-se a papéis socialmente construídos e a definições e expectativas - consideradas apropriadas por uma sociedade - o ser homem e o ser mulher.

A discussão das questões relacionadas a gênero suscita a consideração de que as desigualdades observadas entre homens e mulheres não se restringem às características biológicas e naturais, mas resultam de longos processos históricos e culturais que permeiam essas relações. Assim, entende-se que a construção da história dos homens não pode ser analisada de forma distinta da história das mulheres, tal como os discursos sobre masculinidade e feminilidade (GONTIJO; MEDEIROS, 2009). Homens e mulheres são preparados, desde o nascimento, para responder às expectativas sociais referentes aos papéis que devem desempenhar, sendo estes delimitados por relações desiguais de gênero e hierarquias sexuais fundamentadas em questões biológicas (OLIVEIRA, 2011).

O profissional da APS tem o desafio de romper com esses paradigmas nas atividades desenvolvidas nas unidades, envolvendo homens e mulheres nos cuidados no planejamento reprodutivo, nas consultas de pré-natal e do puerpério, nos atendimentos de puericultura e nas atividades educativas. A partir do entendimento que a construção dos gêneros se dá em contextos específicos e que são atravessados por relações de poder, é preciso pensar na atuação profissional da desconstrução de privilégios e opressões, através do combate ao sexismo, o racismo, a transfobia, a lesbofobia e homofobia, o preconceito de classe, porque todas essas questões estão intimamente relacionadas em nossa sociedade (BRASIL, 2013).

No dia a dia dos serviços de saúde, é importante que as pessoas que procuram este serviço sejam atendidas respeitando-se sua identidade sexual, de gênero, sem fazer distinções de raça ou de classe. Transexuais e travestis, devem ser atendidas (os) e chamadas (os) por seus nomes sociais, bem como o cuidado não deve ser referido à um gênero específico e os diferentes arranjos familiares devem ser respeitados. Casais homoafetivos que estejam procurando o serviço de saúde para acompanhamento de gravidez, parto e consultas com suas crianças devem receber o mesmo tratamento que casais heteroafetivos. A paternidade, quando realizada por dois homens, deve ser respeitada e fazer parte da rotina da Unidade de Saúde. Nas ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis a equipe precisa estar aberta para escutar as dúvidas e demandas das pessoas, oferecendo informação qualificada e serviços com foco no atendimento à diversidade. Quanto mais invisibilizado determinado grupo for, mais vulnerável se torna à contaminação por DST e/ou HIV, à violência sexual e de gênero, entre outras (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010f).

6.4 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO PROVISÃO DO CUIDADO

Neste domínio 11 competências obtiveram consenso entre os especialistas estudados.

Em relação à assistência na saúde sexual e reprodutiva a competência **“Atua junto à mulher, ao homem, família e comunidade no âmbito do planejamento reprodutivo, pré-concepção, pré-natal, parto, climatério e menopausa”** contempla o cuidado nas diferentes etapas do ciclo vital:

Considerando que a saúde sexual e reprodutiva perpassa as diferentes fases da vida ser Humano, julga-se necessário que os cuidados de Enfermagem sejam condizentes com cada etapa do ciclo vital independente do sexo. Nesse cenário o profissional deve intervir nos processos de saúde/doença ginecológica e responsabilizar-se pela qualidade do cuidado prestado ao público masculino e feminino em nível da atenção básica à saúde (ESP 6).

No estudo de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016), a necessidade de fornecer aconselhamento para promover a saúde sexual e bem-estar ao longo da vida também foi relacionada pelos profissionais da APS, sendo que o cuidado no **planejamento reprodutivo** relacionado como competência necessária para o trabalho dos profissionais de saúde na APS (OMS, 2011; CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016; HEWITT, ROYE; GEBBIE, 2014). Estes sinalizam a necessidade dos profissionais estarem aptos a orientar as pessoas que buscam a unidade de saúde acerca de todos os métodos contraceptivos, incluindo os definitivos, em um contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais doenças sexualmente transmissíveis), conforme preconizado pela política brasileira de que durante todas as oportunidades de busca ao serviço de saúde (atendimentos, atividades de grupo, imunizações, entre outras), nas visitas domiciliares, bem como em parcerias com escolas e associações de moradores para a realização de atividades educativas (BRASIL, 2012b).

No Brasil, o planejamento familiar é regulado pela Lei nº 9.263/96 e considerado como uma importante conquista para homens e mulheres no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 1996). Conforme descrito nesta lei, em seu art. 2º, consiste no “conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Considerando que homens e mulheres podem buscar este cuidado, mesmo sendo solteiros e não desejando constituir uma família, atualmente vem sendo preconizado o uso do termo planejamento reprodutivo, pois apresenta uma concepção mais abrangente (BRASIL, 2013).

Neste sentido, a atenção em planejamento reprodutivo auxilia na redução da morbimortalidade materna e infantil, pois possibilita a redução de gestações não planejadas e de abortamentos provocados, influencia no número de cesáreas com o objetivo de realizar ligadura tubária, aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para redução no quantitativo de nascimentos de crianças com baixo peso, além de propiciar o planejamento da gravidez em mulheres jovens ou com alguma patologia crônica que não esteja sobre controle, como nos casos de mulheres hipertensas, diabéticas, cardiopatas, entre outras (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

Segundo a OMS (2011), o planejamento reprodutivo representa uma das estratégias para melhorar a saúde da população, buscando a equidade em saúde e também uma intervenção eficiente para reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Na última revisão dos objetivos do milênio (2000-2015), foi o item que atingiu a menor cobertura, necessitando ser implementado de forma mais efetiva nos 68 países que apresentam os piores indicadores de mortalidade materna e infantil.

Na APS são necessários recursos materiais, infraestrutura, equipamentos e insumos, além de tecnologias apropriadas para oportunizar a concretização das ações de planejamento reprodutivo. Também é pertinente que os processos de trabalho das equipes sejam avaliados, no intuito de fortalecer a rede de referências e possibilitar espaços de educação permanente para as equipes.

A falta de métodos anticoncepcionais nas unidades para disponibilizar aos usuários, bem como a demora para encaminhamentos para ligadura e vasectomia na rede, prejudicam o pleno exercício desta competência. Além disso, a baixa procura de homens aos serviços para planejamento reprodutivo também é uma questão que influencia este cuidado. Apesar deste direito estar garantido na constituição, com ações preconizadas nos manuais e protocolos que orientam os cuidados, as equipes ainda planejam estas ações com enfoque no atendimento a mulheres, com poucas atividades que abordem a necessidade de olhar para o casal (BRASIL, 2009).

A abordagem na **pré-concepção** é a avaliação realizada pelo casal antes de uma gestação com o intuito de avaliar e reconhecer fatores de risco ou patologias que podem influenciar na evolução da gravidez, sendo importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. É o momento em que o casal é acolhido para que situações que influenciam na gestação sejam avaliadas, tais como, doenças crônicas e agudas, fatores hereditários, uso de medicamentos, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, aspectos nutricionais. Neste atendimento deve ser realizada uma boa anamnese para conhecer a história

do casal, o exame físico minucioso e devem ser solicitados alguns exames laboratoriais ao casal (BRASIL, 2012b).

Hewitt, Roye e Gebbie (2014) identificaram uma competência semelhante que revela a importância do aconselhamento quando se deseja engravidar, mostrando-se como um cuidado importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Apesar da sua importância na promoção da saúde materna, contribuindo para o curso saudável de uma gestação, sabe-se pouco a respeito de como as mulheres e os casais se preparam para uma gravidez, pois esta não é uma prática muito realizada e a procura por esse atendimento ainda é reduzida. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) não se pode esperar expressiva porcentagem de procura espontânea para esse cuidado, mas, enquanto profissionais de saúde, é fundamental motivar homens e mulheres em espaços oportunos de educação em saúde, bem como em consultas médicas, ou de enfermagem, para que realizem este atendimento.

Estudo realizado com adolescentes abordou além da dimensão física, a dimensão social e emocional no preparo pré-concepcional. As questões sociais incluem a busca pela aquisição de maior autonomia, por meio do trabalho, estudo e do casamento antes de engravidar e as emocionais abordam a prevenção de situações de estresse, busca de mais informações sobre gravidez e cuidado com os filhos, e fortalecimento emocional para enfrentar a gravidez, sugerindo que estas questões sejam abordadas na avaliação pré-concepcional, tendo em vista que são aspectos que influenciam a qualidade da gestação em qualquer idade (NASCIMENTO et al., 2015).

A assistência ao **pré-natal** como uma competência necessária aos profissionais da APS está em consonância com o que foi descrito pela OMS (2011) e, nos textos de Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) e Hewitt, Roye e Gebbie (2014), sendo realizada na APS por meio da captação precoce da gestante e qualificação das ações, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação de risco e vulnerabilidade, tendo como objetivo possibilitar o desenvolvimento da gestação, oportunizando o parto de um recém-nascido saudável, incluindo as questões psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013). A APS mostra-se como um espaço privilegiado para intervenções com alto impacto como o cuidado pré-natal e ações programáticas como esta, contribuem para a efetivação dos avanços na saúde materno-infantil (LEMOS, 2014).

Para Costa et al. (2010), o pré-natal precisa ser planejado para atender às necessidades das gestantes através da abordagem técnica-científica e os recursos adequados e disponíveis para cada situação. A gravidez é um dos determinantes do estado de saúde da mulher, mostrando-se, em alguns momentos, como o único momento de contato entre a mulher em

idade reprodutiva com os serviços de saúde, sendo uma grande oportunidade para a sistematização de ações direcionadas à promoção da saúde, orientação e rastreamento de enfermidades. A organização dessas ações na APS, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, estabelece o emprego de tecnologias de gestão que possibilitem a integração entre o trabalho das equipes das unidades de saúde e os trabalhadores dos demais serviços de saúde, cooperando para a resolução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012b).

A implantação da Rede Cegonha, em 2011, é uma estratégia para a efetivação desse cuidado que objetiva ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e puerpério, além do cuidado à criança de até 24 meses de vida (BRASIL, 2011b). Ainda prevê a elaboração de ações direcionadas a qualificação do acesso e da assistência à mulher e da criança através da vinculação da gestante à unidade de referência. Trata-se de um recorte materno infantil da política de saúde da mulher, tendo como características o planejamento e implementação de ações voltadas às mulheres e às crianças (CAVALCANTI, 2010).

A Rede Cegonha, enquanto rede de cuidados, propõe garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, tendo como foco principal a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Tem por objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que seja garantido o acesso, acolhimento e a resolutividade. Deve ser organizada para assegurar o acolhimento, através da avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, e da expansão do acesso e da qualificação das ações no pré-natal. Entre as garantias, procura oferecer para as gestantes a sua vinculação à unidade de referência, transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Esse acolhimento preconizado pela Rede Cegonha também abrange a participação do homem no pré-natal, que deve ser estimulada durante os atendimentos em consulta e em grupo, com o intuito de instrumentalizar o casal para o parto, como parte do planejamento familiar. Tendo em vista a complexidade envolvida no processo da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério é importante acolher um acompanhante de escolha da mulher, sem proporcionar barreiras à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A presença do acompanhante de escolha da mulher traz muitos benefícios, tais como segurança e confiança durante o parto, redução do uso de medicações para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas, bem como na redução dos casos de

depressão pós-parto (BRASIL, 2012b).

A competência para a assistência pré-natal é bastante difundida entre os profissionais da APS que costumam planejar ações para a melhoria da assistência, através da captação precoce para início do pré-natal, busca ativa para gestantes faltosas, planejamento e implementação de atividades educativas que abordem o cuidado na gravidez, parto, puerpério e ao recém-nascido. Atualmente, o maior desafio dos profissionais é trazer os homens para participar dos atendimentos e realizar o “pré-natal do pai”. Este atendimento preconiza que o homem seja incluído no cuidado da gestação, sendo avaliado de acordo com as suas necessidades e em consonância com a atenção pré-natal.

O componente de assistência ao **Parto** também preconizado pela Rede Cegonha é uma competência que também foi descrita pela OMS (2011), por Cappiello, Levi e Nothnagle (2016) e por Hewitt, Roye e Gebbie (2014), na perspectiva de cuidado integral. Apesar de ser uma prática pouco comum na APS, é recomendado que os profissionais sejam capacitados para prestar o atendimento caso necessário, além de prestar orientações pertinentes.

Além do cuidado pré-natal, a Rede Cegonha apresenta diretrizes que abordam a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; a garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e a garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. Para assegurar estes direitos, torna-se essencial avaliar o quantitativo de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades de cada região, pensar na ambiência das maternidades, realizar práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, possibilitar a presença de um acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acolher as demandas com classificação de risco e instigar à implementação de linhas de cuidado, bem como a participação social como dispositivo de cogestão (BRASIL, 2011b).

Embora não seja uma atribuição da APS, seu envolvimento é inegável quando se trata do cuidado ao parto. Ainda são necessários muitos avanços para que a assistência ao parto humanizado seja implementado no cuidado ao casal. Percebe-se que a principal barreira a ser vencida é a incorporação das diretrizes das políticas de humanização por parte dos profissionais. Apesar da APS buscar um cuidado pré-natal de qualidade, que promove educação em saúde para o autocuidado, incentiva o planejamento reprodutivo e envolve o homem em todo o processo, o usuário nem sempre tem a garantia do seguimento dessas ações na assistência ao parto. É muito comum que casais que não desejam mais ter filhos e, expressam essa vontade no pré-natal, iniciando o acompanhamento para ligadura e vasectomia, não sejam avaliados quanto a estes aspectos no parto, mesmo que os critérios

definidos pela legislação estejam contemplados. Os usuários ficam à mercê de uma avaliação de alguém que o está vendo apenas no momento do parto e que desconsidera todo o planejamento realizado durante as consultas de pré-natal.

A atenção ao **climatério** e à **menopausa** também foram competências que emergiram entre os sujeitos estudados que foram relacionadas por Cappiello, Levi e Nothnagle (2016), como necessárias para prestar cuidados de saúde sexual e reprodutiva, durante o período peri e pós-menopausa. O climatério caracteriza-se pela transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo e, abrange a menopausa que corresponde ao último ciclo menstrual, sendo reconhecido depois de passados 12 meses da sua ocorrência (LEITE et al., 2013).

Esta fase é marcada por crises existenciais no âmbito das relações sociais, na vida conjugal, profissional e espiritual, trazendo influências no contexto sociocultural em que a mulher está inserida. A diminuição progressiva da produção hormonal costuma causar desconforto físico como os fogachos que, dependendo da sua intensidade e frequência, podem influenciar no padrão sono e nas atividades cotidianas da mulher, podendo ocasionar irritação e até mesmo uma depressão. Também pode ocasionar mudanças comportamentais, incidindo em labilidade emocional e problemas de memória. Além disso, o início concreto do envelhecimento caracterizado pela perda da jovialidade, por transformações corporais como perda do tônus muscular, queda de cabelo e surgimento de rugas influenciam na autoimagem feminina e podem ocasionar sofrimento psíquico ao processo de envelhecimento (ZAMPIERI et al., 2009; SILVA et al., 2016).

No cotidiano dos serviços de saúde, a aproximação com mulheres em processo de envelhecimento possibilita ao profissional entender que as transformações do climatério estão diretamente ligadas ao modo de envelhecer feminino, influenciando seu modo de pensar e agir para o autocuidado e autoestima, sendo necessário desconstruir mitos, preconceitos e tabus em relação a esta etapa do ciclo vital (ZAMPIERI et al., 2009; ARAÚJO et al., 2013).

Estudos sinalizam para a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o climatério, para além da lógica biologicista ou medicalizada, abordando aspectos psicossocioculturais que também influenciam na vivência do processo de envelhecer. Apesar dos esforços governamentais para implementação de ações que possibilitem a humanização e qualificação na assistência ao climatério, incorporadas ao SUS e amparadas nos princípios da equidade e integralidade, muitos serviços ainda não estão preparados para atender as mulheres na sua complexidade (ZAMPIERI et al., 2009; STALINA, 2011; ARAÚJO et al., 2013).

Segundo Zampieri et al. (2009), com o envelhecimento a mulher pode sentir que perdeu a beleza física, a juventude, a sedução e a capacidade de exercer sua sexualidade.

Considerando estes sentimentos e os mitos que envolvem o envelhecimento, bem como as alterações hormonais presentes nesta fase de vida, é imprescindível que os profissionais da APS tenham habilidades para abordar estas questões nos atendimentos. Vidal et al. (2012) reconhecem essa necessidade e complementam que profissionais de saúde precisam apropriar-se da relação existente entre o contexto sociocultural e o modo como a mulher vê o climatério.

Em relação à sexualidade, as mulheres costumam relacionar a diminuição do desejo e atividade sexual ao envelhecimento, considerando a relação sexual como sinal de vitalidade e vida saudável, tentando abolir a relação sexual de sua vida. No entanto, a saúde sexual no climatério necessita ser considerada e valorizada frente ao aumento da longevidade feminina e da prevalência de disfunções sexuais após a menopausa, sendo necessário o acompanhamento pela equipe de saúde para proporcionar maior qualidade de vida e melhores condições de saúde (SILVA et al., 2016). Talvez esta seja a maior dificuldade para a implementação desse cuidado, pois os profissionais não costumam abordar aspectos relacionados à experimentação da sexualidade em idosos. Assim, é fundamental que os profissionais da APS priorizem este cuidado em suas práticas, valorizando e estimulando essas mulheres a entenderem o climatério como uma fase natural do ciclo de vida e pensando ações que assegurem a promoção à saúde, com enfoque para o envelhecimento saudável.

A competência **“Orienta e administra ações de atenção à mulher e ao homem no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva”** também foi consenso entre os especialistas e na literatura internacional (OMS, 2011; CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016). As ações de cuidado na saúde da mulher já são naturalizadas pelos profissionais da APS nas práticas das unidades de saúde através do pré-natal, das atividades de prevenção e acompanhamento de câncer de colo de útero e mama, e, na atenção ao climatério.

Competência semelhante também foi elencada como essencial para atuação na APS pela OMS (2011), através da inclusão do homem em todos os cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem discute os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da atenção integral à saúde. Apresenta entre suas diretrizes a ampliação e qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo masculino, até mesmo na assistência à infertilidade e prioriza a promoção da assistência integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, implementando ações que garantam a equidade a estes grupos sociais. Além disso, a política também preconiza que sejam desenvolvidas ações governamentais em conjunto com a sociedade civil com o intuito de concretizar a atenção integral à saúde do

homem, baseada no protagonismo do mesmo como sujeito responsável pela sua saúde e bem estar (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Outro grande desafio da APS é “estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva.” (BRASIL, 2009, p.54), conforme preconizado pela política que aborda a saúde do homem, considerando que a paternidade não pode ser analisada somente pelo viés da obrigação legal, mas, especialmente, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a tomada de decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança, incluindo adolescentes e adultos jovens como sujeitos desses direitos.

Este cuidado também deve abranger adolescentes e jovens adultos do sexo masculino no que tange suas necessidades e projetos de vida, e não apenas a respeito dos métodos contraceptivos. E, no caso de uma gestação, é fundamental garantir condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável (BRASIL, 2009). A vivência da paternidade na adolescência costuma estar associada a dúvidas, anseios, conflitos, e a ambivalência de ser pai e de ser adolescente. Para Corrêa et al. (2016), é importante entender a percepção dos homens sobre a paternidade na adolescência para qualificar as ações dos profissionais da saúde, com o intuito de assegurar uma assistência direcionada às singularidades do ciclo vital do homem.

Em relação à terceira idade, as pessoas devem ser consideradas como sujeitos de direitos sexuais, reconhecendo que o exercício da sexualidade não é necessariamente interrompido com o avanço da idade. Estudo de Souza (2016) abordando a percepção de idosos sobre a sexualidade evidenciou que ainda existem lacunas sobre este assunto e que o déficit de informações acerca dos mitos e tabus dificultam a vivência e a percepção autêntica dos idosos, no que diz respeito à sexualidade. Almeida e Lourenço (2008) complementam que para minimizar estes preconceitos, é necessário o esclarecimento acerca das informações distorcidas que se difundem em relação à sexualidade, por parte dos profissionais de saúde da APS, para proporcionar o envelhecimento pautado na qualidade de vida.

Apesar do reconhecimento da importância da abordagem integral na saúde do homem, a competência “**Atua junto ao homem, família e comunidade no âmbito da andropausa**” não obteve consenso entre os especialistas estudados com a justificativa de que a

Andropausa não é uma dimensão clínica, sendo construída no âmbito da medicalização do corpo (ESP 3).

Neste sentido, também houveram discordâncias nas falas evidenciadas a seguir:

Tratando-se da atenção à saúde da família o homem deve ser considerado em suas diferentes fases da vida (ESP 12).

Não concordo com o comentário. Então a menopausa também não seria uma condição clínica? (ESP 13).

Percebo que os homens tem muitas dificuldades de buscar os serviços de saúde e ainda não estamos preparados para atendê-los em suas especificidades (ESP 18).

Tendo em vista que reorganização das intervenções em saúde inclui o reconhecimento dos homens como sujeitos que necessitem de cuidados, ainda percebem-se dificuldades das equipes de saúde na assistência ao homem em sua complexidade. A política sobre a saúde masculina apresenta a educação permanente dos trabalhadores do SUS como uma diretriz que tem potencial para assegurar a atenção integral à saúde do homem, através da formação e qualificação dos profissionais da APS para melhor atendimento, bem como da implantação de linhas de cuidado que cuidem da saúde do homem (BRASIL, 2009). Segundo Separavich e Canesqui (2013), conceitos como disfunção erétil, andropausa e reposição hormonal masculina são bastante abordados ultimamente na mídia e nos espaços da agenda pública e política da saúde masculina, e necessitam ser priorizados também na assistência prestada no âmbito da APS. Schraiber et al. (2010) destacam que a maioria dos atendimentos da APS envolvem problemas de saúde das mulheres, uma vez que a prevenção e o cuidado em saúde são socialmente considerados como tarefas essencialmente femininas. Desta forma, a mesma lógica estrutura os serviços, intervenções e interlocuções entre profissionais de saúde e usuários, reproduzindo relações tradicionais de gênero.

Ainda no domínio provisão do cuidado, o desenvolvimento de competências profissionais na incorporação de testagem para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, através do acolhimento e aconselhamento, foi contemplado no enunciado **“Realiza aconselhamento pré e pós teste para coleta de exames”**. Para os sujeitos do estudo, esta competência justifica-se:

[...] para que a pessoa atendida seja informada sobre o exame, significado do resultado e patologia (ESP 16).

Competência semelhante foi descrita com o objetivo de instrumentalizar homens e mulheres quanto aos seus direitos, decisões e impactos na saúde sexual e saúde reprodutiva, garantindo respeito, sigilo e confidencialidade (OMS, 2011). Hewitt, Roye e Gebbie (2014),

também sinalizam para a necessidade dos profissionais da APS realizarem aconselhamento sobre a prevenção e riscos para HIV e outras doenças.

O aconselhamento pode ser conceituado como uma prática preventiva ampla que destaca o âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Implica em uma ferramenta de prevenção que pode ser usada em distintos momentos e serviços de saúde não necessitando estar restrito à oferta do exame anti-HIV. Deve se apresentar como processo contínuo, presente nas ações das unidades de saúde e desenvolvido junto aos demais programas e as práticas sistematizadas pelos profissionais que atuam na APS (BRASIL, 2003).

Cumprir também função essencial na estratégia de ampliação da testagem sorológica para o HIV e se compromete como um campo estratégico para a qualificação do diagnóstico de HIV e da atenção à saúde. Além disso, coopera para a quebra da cadeia de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pois possibilita à pessoa a análise de seus comportamentos e exposições ao risco. Conforma-se também como um espaço para reflexão à respeito das decisões acerca da implementação de medidas preventivas baseadas nas experiências dos usuários. Sendo assim, o aconselhamento precisa ser pautado na confiança, possibilitando que o usuário se sinta à vontade para expor questões e dúvidas íntimas que possam interferir na ação preventiva (COSTA, 2004; NEMES et al., 2004). Para isto, recomenda-se que os aconselhamentos tenham uma abordagem baseada nas noções de comportamento de risco e vulnerabilidade, pois a noção de população de risco tem sido questionada, visando-se desestigmatizar e estimular o comportamento preventivo (AYRES et al. 2009; SANTOS, 2016a).

Santos (2016a) considera que a oferta do teste de HIV com aconselhamento é uma medida importante de saúde pública. Para a autora, esta prática propicia aos usuários o contato com assuntos referentes ao HIV, possibilitando maior entendimento sobre a patologia e sensibilizando para luta contra a estigmatização pautada nos direitos humanos. O aconselhamento também se mostra como uma intervenção para a prevenção, já que permite que os motivos que demandaram o teste sejam identificados e discutidos, oportunizando a reflexão e compreensão dos meios pelos quais a infecção pelo HIV pode ser evitada, bem como as possibilidades para adoção de medidas de proteção (GALLANT, 2004).

Atualmente, a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites ofertados nas unidades de saúde é o principal espaço para que os profissionais da APS desenvolvam esta competência. Bagatini et al. (2016) complementam que quando esses testes são realizados pelos profissionais de referência no território mais próximo da população, facilitam o

diagnóstico de HIV ou rastreamento da sífilis e hepatites, sem ocasionar deslocamentos da população, propiciando o tratamento em tempo oportuno, bem como a garantia de seguimento no cuidado.

Os autores também discorrem a respeito da necessidade de capacitações para a realização das coletas e encaminhamentos necessários. Em estudo sobre a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites no pré-natal na APS, os participantes mencionaram ter recebido treinamento para realização do teste rápido e aconselhamento, contudo destacaram a necessidade de encontros mais frequentes para discussão de dúvidas que fossem surgindo com a implementação da ação. Também levantaram a necessidade de uma capacitação para o aconselhamento que considerasse as especificidades da gestação (SANTOS, 2016), tendo em vista que o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis no primeiro trimestre da gravidez permite maior controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão do HIV e na eliminação da sífilis congênita, além de refletir nos índices de mortalidade materna e infantil. Deste modo, verifica-se a necessidade das equipes de APS realizarem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem das sífilis e hepatites na assistência pré-natal através da oferta para as gestantes e seus parceiros sexuais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011b).

Neste contexto, um dos dispositivos para a qualificação da assistência na SSR pode ser destacado pela competência **“Eleger os diagnósticos de acordo com sua área profissional”**:

Necessária ao considerarmos que este demarca as profissões, requer conhecimento científico, habilidade no desenvolvimento e ajuda a eleição das prioridades da atenção a pessoa (ESP 1).

A política de atenção básica preconiza que diferentes categorias profissionais se envolvam com o cuidado em SSR na APS e que os núcleos profissionais avaliem as situações trazidas pelos usuários de acordo com as especificidades de cada profissão, com o objetivo de qualificar a assistência prestada. Para tanto, os profissionais que atuam na APS precisam ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer as prioridades na SSR. A elaboração de protocolos que definam o fluxo de encaminhamentos e atendimentos para os diversos serviços nas unidades é fundamental (BRASIL, 2013).

A OMS (2011) apresenta uma competência semelhante a esta que aborda a necessidade de caracterizar as funções dos diferentes trabalhadores que atuam nas equipes de APS para que seja possível identificar problemas e eleger diagnósticos de acordo com as necessidades na SSR. O documento também discorre sobre a necessidade de identificar as

lacunas relacionadas à formação de recursos humanos para a atuação neste cuidado, tendo em vista que nem todos os cursos abordam a SSR em seus currículos, sendo necessário desenvolver planos de intervenção em conjunto na prática diária das unidades, bem como negociar junto às associações profissionais a delimitação dos papéis profissionais na execução das atividades com o intuito de estabelecer uma força de trabalho apta para a prática e que responda às necessidades de SSR das comunidades.

A OMS (2011) preconiza ainda que cada profissional avalie a pessoa na sua complexidade, incluindo os aspectos relacionados à vivência da sexualidade e o planejamento reprodutivo, fornecendo cuidados e orientações de acordo com sua área de atuação com o objetivo de propiciar uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Básica define como atribuição de todos os profissionais o acolhimento aos usuários através da escuta qualificada das necessidades de saúde, realizando a primeira avaliação (com classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificando as necessidades de intervenções de cuidado visando assegurar um atendimento humanizado, a continuidade do cuidado e o estabelecimento do vínculo, tendo a SSR como uma frente de cuidados (BRASIL, 2012a).

Segundo Moura e Silva (2005), para o desenvolvimento da competência profissional no planejamento reprodutivo é necessário incluir os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva, elencando os possíveis diagnósticos para cada situação. A habilidade para orientar, informar e comunicar-se adequadamente, participando da tomada de decisões em relação aos métodos anticoncepcionais e acolhendo a pessoa com respeito também deve estar presente nos atendimentos prestados.

A disfunção sexual é um diagnóstico bastante recorrente na abordagem em saúde sexual e reprodutiva e neste estudo foi relacionado através da competência “**Apresenta capacidade de atuar com resolutividade frente as disfunções sexuais masculinas e femininas**”:

Disfunções sexuais não são comumente tratadas e cuidadas no sistema de saúde, onde só são abordados temas voltados a gestação e as doenças sexualmente transmissíveis. Uma vida sexual saudável é parte importante da saúde dos sujeitos e precisa ser olhada e acolhida (ESP 9).

Esta competência também foi abordada pela OMS (2011) como importante para a atuação na APS, bem como no tratamento e acompanhamento das disfunções sexuais (CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016). A necessidade de identificar as dificuldades

quanto às relações sexuais ou de disfunção sexual também é abordada na política que define as diretrizes para atuação em SSR na APS (BRASIL, 2013), sendo que, estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas também é um princípio norteador da atenção à saúde do homem (BRASIL, 2009).

As disfunções sexuais podem ser caracterizadas como “Problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases.” (BRASIL, 2013, p. 51). Segundo a OMS (2010), as preocupações relacionadas com o funcionamento sexual são universais, e estima-se que entre 8% e 33% da população adulta nos países desenvolvidos experimente algum tipo de disfunção sexual em sua vida, embora alguns estudos sugiram que o número real pode ser mais elevado.

Os problemas sexuais incluem baixo desejo sexual, disfunção erétil masculina, incapacidade de atingir o orgasmo, ejaculação precoce, dor durante a relação sexual, vaginismo e atrofia vaginal. Estas preocupações são relativamente comuns, mas raramente são diagnosticados ou tratados na APS, porque a pessoa não apresenta a queixa ou porque o profissional de saúde não aborda a questão, seja por sentir dificuldade em realizar essa abordagem, seja por não se sentir suficientemente preparado. O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interfere na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2011; BRASIL, 2013).

Estudos realizados em vários países associam a disfunção sexual a doenças mentais comuns, incluindo a depressão, e influenciando diretamente na qualidade de vida das pessoas. A função sexual está intimamente associada com as expectativas da sociedade sobre o que significa ser homem ou mulher na sociedade atual, levando-se em conta os costumes e crenças culturais locais relacionados à vivência da sexualidade (OMS, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a maioria dos casos de disfunção sexual está associada a problemas psicológicos (tabus sobre a própria sexualidade, baixa autoestima, fobias relacionadas ao ato sexual e dificuldade de aceitação da própria orientação sexual, entre outros) ou problemas de relacionamento (como brigas, desentendimentos quanto ao que cada um espera do relacionamento, falta de intimidade e dificuldades de comunicação entre os parceiros), bem como pode ser resultado de problemas orgânicos (presença de disfunção sexual decorrente dos efeitos diretos de doenças como a depressão, a ansiedade, doenças crônico-degenerativas graves, entre outras), relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (como alguns medicamentos, os anabolizantes, uso de álcool e outras drogas e, exposição a

toxinas) ou também por questões decorrentes de traumas (como nos casos de violências) (BRASIL, 2013).

Percebe-se na prática desta competência na APS, que além das dificuldades para o atendimento nas disfunções sexuais, os profissionais relacionam as mesmas apenas ao aspecto biológico com tendência a reduzir as queixas à deficiência de hormônios ou à doença, normalmente a uma parte do corpo, frequentemente, as genitálias (COSTA; COELHO, 2011). Essa dificuldade por parte dos profissionais interfere no cuidado prestado, nas orientações fornecidas e no vínculo estabelecido junto aos usuários, que tendem a não abordar estas questões nos atendimentos, principalmente, no caso dos homens. A Política de Atenção Integral a Saúde do Homem orienta acerca da necessidade de não reduzir tal questão às doenças específicas neste campo, como a disfunção erétil, infertilidade ou doenças da próstata, mas ampliar o olhar para as práticas de prevenção e tornar menores os estranhamentos que constroem os homens nestes casos (BRASIL, 2009). Na saúde da mulher este cuidado costuma ser oferecido de forma mais abrangente, no qual as queixas das mesmas são acolhidas durante os atendimentos para coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero, realizado rotineiramente pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

Para desenvolver a assistência qualificada na SSR, a competência **“Demonstra capacidade técnica para exercer a clínica na Saúde sexual e Reprodutiva”** também foi relacionada neste estudo:

O profissional precisa não só saber mas ter a habilidade para colocar este conhecimento em prática, face à face com o usuário dos serviços (ESP 8).

A capacidade técnica é abordada como um dos princípios norteadores para a qualificação dos cuidados prestados na saúde sexual e reprodutiva no âmbito da APS (OMS, 2011; HEWITT; ROYE; GEBBIE, 2014; CAPPIELO; LEVI; NOTHNAGLE, 2016), e como competência necessária para a atuação profissional na atenção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013), no âmbito da saúde da mulher (BRASIL, 2011c) e da saúde do homem (BRASIL, 2009).

A avaliação clínica, enquanto uma etapa da assistência na SSR precisa ser realizada tendo em vista a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como respeitando a perspectiva da atenção integral à saúde, evitando-se a fragmentação das ações. São consideradas como etapas desta avaliação a realização de anamnese com identificação das dificuldades e necessidades individuais e/ou do casal, e incentivo da livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto a sexualidade; realização do exame físico geral e ginecológico

(exame de prevenção do câncer de colo de útero e mama) e de exames de prevenção do câncer de próstata e pênis; orientação para prevenção de DST/HIV/AIDS, com incentivo a dupla proteção; orientação para escolha de recursos para concepção ou anticoncepção; a prescrição e oferta do método escolhido; e, o acompanhamento da pessoa ou do casal, em todas as fases do ciclo vital (JOÃO PESSOA, 2014).

Os profissionais de saúde da APS precisam estar capacitados para o rastreamento dos cânceres de colo de útero e de mama, tendo em vista que em nosso país estas patologias são ainda muito comuns entre as mulheres. Nos aspectos relacionados ao câncer de colo de útero é essencial atingir alta cobertura no rastreamento da população definida como alvo para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade, uma vez que estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras. Em relação ao câncer de mama, a estratégia preconizada para o rastreamento é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2016a).

A APS tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, impactando positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença. Por isto, é necessário facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde. Cada unidade de saúde precisa planejar seus processos de trabalho, pensando ações que envolvam a organização da agenda dos profissionais para a realização de ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, a coleta do exame preventivo e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros. Essas ações se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente apresentam maior dificuldade de acessar os serviços de saúde ou que possuem maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres em privação da liberdade (BRASIL, 2016a).

Também é esperado que os profissionais da APS sejam capazes de realizar a captação precoce da população masculina para atividades de prevenção primária relativa aos cânceres, entre outros agravos recorrentes. O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade. Considerando que o câncer de pênis é um tumor raro, relacionado com as baixas condições socioeconômicas e a má higiene íntima, os profissionais devem estimular o acesso dos homens aos serviços e prestar assistência no

intuito de promover ações que incluam os homens nas ações de saúde (BRASIL, 2009).

Além de capacitação e treinamento para o aconselhamento envolvendo as doenças sexualmente transmissíveis, os profissionais de saúde da APS precisam conhecer as patologias, suas etiologias e sintomas, bem como o tratamento necessário e disponível. Cabe ao profissional de saúde realizar atividades de prevenção em todos os contatos com o usuário e em espaços que possibilitem acessar o mesmo, como a escola, associações de bairro, clubes, entre outros (BRASIL, 2013).

No que se refere à anticoncepção, o cuidado é realizado através da orientação relacionada à oferta de informações corretas, completas e de acordo com as necessidades dos indivíduos acerca dos métodos anticoncepcionais disponíveis nos serviços de saúde, além da necessidade de propiciar a reflexão sobre os conhecimentos, os valores, as atitudes e as práticas dos usuários que facilitam ou dificultam o uso de anticoncepcionais. Uma orientação adequada possibilita ao usuário que busca este serviço a escolha do método mais adequado às suas necessidades, seu estilo e seu momento de vida atual (COSTA et al., 2007).

O profissional de saúde deve estar apto para avaliar e indicar o melhor método anticoncepcional, considerando que esta escolha é influenciada por vários fatores, tais como, a história pessoal (idade, frequência das relações sexuais, paridade, aleitamento), condições clínicas que contra indiquem algum método, risco e vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual, acesso ao método, intenções reprodutivas e condições de diálogo com o parceiro, bem como as questões culturais e mitos que permeiam a anticoncepção. Após a seleção dos métodos, o profissional deve prover informações detalhadas sobre o mesmo e assegurar-se de que a pessoa tenha entendido as informações oferecidas como a técnica do uso, a eficácia, as vantagens e desvantagens, os efeitos secundários, a facilidade de uso, as possíveis complicações e a importância da consulta de retorno e do acompanhamento. A indicação dos métodos deve ser baseada nas orientações da OMS sobre os critérios médicos de elegibilidade para uso dos métodos contraceptivos, além de estar de acordo com as especificidades de cada profissão e protocolos pré-estabelecidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 2013; JOÃO PESSOA, 2014).

Acredita-se que esta competência seja facilmente implementada pelas equipes de APS, já que as atividades clínicas que abordam a SSR de homens e mulheres fazem parte da agenda dos profissionais e as capacitações e treinamentos nesta temática são realizadas com bastante frequência. O desafio é incluir jovens, idosos e a população que tem dificuldades em acessar os serviços por questões sociais ou de vulnerabilidade nesse cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva foram desenvolvidos recentemente advindos da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Embora haja um reconhecimento da necessidade de formação por competências nesta área, sua delimitação ainda não foi explorada no Brasil. Os resultados deste estudo refletem a opinião dos especialistas a respeito das competências para a atenção à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde. Pode-se dizer que as 32 competências identificadas nessa pesquisa evidenciaram uma visão bem abrangente do trabalho na APS, a medida que foram relacionadas várias competências semelhantes ou já identificadas em outros estudos como essenciais para atuação em SSR.

A amplitude do ponto de vista dos especialistas pode ser observada a partir dos domínios nos quais as competências foram classificadas, que abordaram tanto competências mais gerais, que não são diretamente relacionadas ao cuidado na saúde sexual e reprodutiva, como **ética e princípios profissionais**, quanto aquelas mais específicas relacionadas a **liderança e gestão, competência para os profissionais, incluindo o trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação e a provisão do cuidado**.

A partir da análise das competências no domínio **ética e princípios profissionais** evidencia-se que os especialistas se preocupam com a atuação profissional pautada na comunicação dialógica, no acolhimento, na empatia, no respeito e desenvolvimento da confiança, na ética, na cultura como determinante de saúde, na resolução de problemas, na igualdade e, no sigilo profissional. É indiscutível que estas competências influenciam na qualidade da atenção prestada nos serviços de atenção primária no âmbito da sexualidade e reprodução.

Em relação à comunicação dialógica, observa-se que escutar e desenvolver o diálogo durante a assistência na SSR depende muito da interação entre profissional de saúde e o usuário. A partir do entendimento da comunicação dialógica, vislumbra-se algumas fragilidades no modelo de comunicação e a necessidade de formação dos trabalhadores de saúde, desde a graduação, com saberes que viabilizem o exercício de práticas comunicativas dialógicas. Além disso, é fundamental proporcionar espaços de formação continuada nos cenários de práticas, de forma a fomentar o compartilhamento de conhecimentos que proporcionem à compreensão e o entendimento entre os atores envolvidos no ato comunicativo.

A igualdade também foi uma competência relacionada pelos especialistas, no entanto implementá-la de modo universal e integral ainda é um grande desafio para a APS tendo em

vista a diversidade de ações e as dificuldades de acesso que esbarram em preconceitos e tabus, por parte dos profissionais, que prejudicam o cuidado de pessoas em situação de rua, vivendo em presídios, em situação de prostituição, jovens, idosos e população LGBT. Estas pessoas já tem o seu cuidado tradicionalmente marginalizado e, quando não acessam os serviços se tornam mais vulneráveis a contrair doenças sexualmente transmissíveis, piorar sua condição de saúde em relação a patologias já instaladas, submetendo-se a práticas inseguras e que podem causar sérias complicações. Apesar de fundamental para o cuidado em saúde sexual e reprodutiva na APS, não foi encontrada competência semelhante na literatura internacional.

Neste domínio duas competências não obtiveram o consenso mínimo de 70% determinado no estudo. As considerações apresentadas pelos especialistas indicam posições balizadoras de futuros debates acerca do trabalho da equipe em SSR, a fim de que se avance na construção de competências para a atuação nesta área.

No domínio **liderança e gestão** as competências identificadas envolveram aspectos relacionados ao trabalho em rede, preconizando a longitudinalidade do cuidado e a prática de ações intersetoriais que promovam a saúde sexual e reprodutiva. Apesar da longitudinalidade ser um princípio norteador da APS, ela não foi considerada como competência na perspectiva da saúde sexual e reprodutiva em outros estudos.

A garantia do acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis foi uma competência que não obteve consenso neste domínio. Apesar da legislação e da literatura preconizarem a importância do acesso a exames e medicamentos na APS, os sujeitos do estudo relacionaram esta competência como de responsabilidade da gestão. A leitura realizada desta competência traz uma abordagem simplista da atuação do profissional de saúde da APS junto a comunidade e desresponsabiliza o mesmo de tensionar que a população tenha este acesso garantido, implicando a responsabilidade do cuidado somente para a gestão. Cabe lembrar que possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde é preconizado pela Política de Atenção Básica.

Em relação ao domínio **competência para os profissionais, incluindo o trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação** foram identificadas competências que abordaram os referenciais teóricos, a atuação interdisciplinar, o aconselhamento e o encaminhamento dos casos de violência sexual, a promoção do autocuidado, o trabalho educativo, a promoção do cuidado e, a compreensão da dinâmica

social e cultural considerando aspectos de gênero, classe, raça, etnia e diversidade social.

Prover aconselhamento e encaminhamento dos casos de violência sexual é a competência mais desafiadora para a APS neste domínio tendo em vista a complexidade envolvida, a proximidade de relações e vínculos, a necessidade de rápida identificação e a dificuldade de modificar a situação. Este é um problema de grande magnitude e torna-se necessário reorganizar as práticas assistenciais, de capacitação dos profissionais de saúde e da realização de parcerias com instituições públicas e privadas, bem como a organização de grupos de apoio para as mulheres e as famílias.

Já no domínio **provisão do cuidado** foram levantadas competências relacionadas a atuação no planejamento reprodutivo, na pré-concepção, no pré-natal, na assistência ao parto e cuidado no climatério, bem como a administração de ações, a realização de aconselhamento, a escolha de diagnósticos, a resolutividade frente as disfunções sexuais e a capacidade técnica para o cuidado clínico.

A competência que relacionou o cuidado na andropausa não obteve consenso entre os especialistas. Apesar do incentivo em incluir homens no cuidado na saúde sexual e reprodutiva, através de políticas e ações, ainda evidencia-se dificuldades das equipes de saúde na assistência ao homem em sua complexidade. Outro fato que chamou bastante atenção é que a maioria dos sujeitos do estudo referiram não ter conhecimento para discutir sobre esta competência, apesar de pesquisarem acerca da temática da saúde sexual e reprodutiva na APS. Este fato demonstra o quanto a inserção do cuidado ao homem ainda é negligenciado pelos profissionais de saúde nos aspectos relacionados à sexualidade e reprodução.

Competências importantes identificadas na literatura internacional abordando a assistência no período pós-parto, nos casos de aborto (sejam eles provocados ou não) e pertinentes a infertilidade não foram relacionadas neste estudo. Também não foram abordadas competências envolvendo a saúde mental e o uso de drogas. Apesar da APS ser referência para realização de aconselhamento e testagem rápida para HIV e outras doenças, a assistência e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis também não foram identificadas pelos especialistas como uma competência necessária para a atuação na SSR.

Embora a saúde da mulher e do homem tenham sido abordados em várias competências, as estratégias de rastreamento para câncer de mama, útero e cânceres masculinos, preconizadas pelo Ministério da Saúde, não foram descritas como uma habilidade específica. Este fato indica a ampliação do enfoque para além das ações preventivas e campanhistas nas questões de SSR na perspectiva do cuidado integral.

Uma das limitações do estudo foi relacionada ao fato do mesmo ter sido aplicado apenas com os especialistas em saúde sexual e reprodutiva e não contemplar a visão do profissional de saúde da APS.

A construção desse referencial de competências amplia o leque de atuação dos profissionais da APS para novas frentes de cuidado contemplando de modo universal e equânime a todos os indivíduos, incluindo as populações tradicionalmente marginalizadas nas ações. E, estas competências, por serem transversais, podem subsidiar o planejamento de ações e as práticas das equipes no âmbito da saúde Sexual e Reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- ALETHA, Y. A. et al. Providers' perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care. **Journal of Women's Health**, New York, v. 19, no. 6, p. 1163-1170, June 2010.
- ALEXANDRE, A. M. C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 272-279, 2012.
- ALLESSANDRINI, C. D. O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In: PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 157-176.
- ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano**, Passo fundo, v. 5, n. 1, p. 130-140, jan./jun. 2008.
- ALVES, C. N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14141452015000200265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2016.
- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 320-327, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>>. Acesso em: 02 maio 2016.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501499&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2016.
- ARAÚJO, I. A. et al. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 114-122, 2013.
- ARAÚJO, J. L. et al. The necessary dialogue for effective interdisciplinarity in publichealth: contributions from Jünger Habermas's communication theory. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v. 3, n. 2, p. 741-748, jul. 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/188/pdf_929>. Acesso em: 12 jun. 2016.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, nov. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010015742002000300007>>. Acesso em: 15 set. 2016.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100015>>. Acesso em: 09 set. 2016.

ASSUNÇÃO, C. H. V. **A saúde da mulher**: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis. 2010. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1364673-A-saude-da-mulher-a-situacao-das-encarceradas-do-presidio-feminino-de-florianopolis.html>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

AUDI, C. A. F. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, London, v. 28, no. 4, p. 416-421, Aug. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775034>>. Acesso em: 28 maio 2016.

AYRES, J. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CERESNIA, D. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

BAGATINI, C. L. T. et al. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 81-95, 2016. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/index>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BARBOSA, E. M. G. et al. Tecnologias educativas para promoção do (auto) cuidado de mulheres no pós-parto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 582-590, maio/jun. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/FyzEXj>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BARBOSA, I. M. et al. Prática do autocuidado em prostitutas: aplicação do processo de enfermagem segundo a teoria de orem. **Revista Oficial do Conselho de Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 1, p. 36-41, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/218>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BARBOSA, S. P.; COELHO, D. F. Acesso, saúde e resolutividade: desafios e perspectivas do sistema único de saúde. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNILESTE, 13., 2011, Coronel Fabriciano, MG. **Anais...** Coronel Fabriciano: Unileste, 2011. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/pic/sic-13/resumos/pesquisa-saude/ACESSO-SAUDE-E-RESOLUTIVIDADE-DESAFIOS-E.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

BARBOSA, T. L. A. et al. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. **Acta Paul. Enf.**, v. 28, n. 6, p. 531-538, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0531.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

BARRETO, F. S. C. **A bioética da proteção e o programa de assistência ao planejamento familiar**: a percepção das usuárias e profissionais dos ambulatórios e maternidades de Teresina-PI. 2010. 80 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/NUa0nF>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BARRETO, M. S.; ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, jul./set. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BARROS, F. S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competências: discutindo o cuidado e a humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010. p. 111-128.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 18 n. 2, p. 170-180, abr. 1984. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101984000200009>>. Acesso em: 29 set. 2014.

BECHARA, A. M. D. et al. Na brincadeira a gente foi aprendendo: promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a03.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BERGER, S. M. D. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 526-534, dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400012>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da saúde**: autocuidado. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. **Autonomia e igualdade para as mulheres**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011c.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 12 jun. 2016.

_____. **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. Brasília: Casa Civil, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Profissionais do sexo:** documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012.** Trata da pesquisa em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 2 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde:** saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de aconselhamento em DST HIV/AIDS para atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica:** saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010f.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. **Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 31 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 31 dez. 2015.

BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, C. V. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiências. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 326-333, 2005.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 697-702, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/956>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BROLEZZI, A. C. Empatia na relação aluno/professor/conhecimento. **Encontro: revista de psicologia**, v. 17, n. 27, p. 1-21, 2014.

CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente de aprendizagem virtual em administração em enfermagem**. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CAMPOS, J. T. Paulo Freire e as novas tendências da educação. **Revista E-curriculum**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.1-15, dez. 2007.

CAPPIELO, J.; LEVI, A.; NOTHNAGLE, M. Core competencies in sexual and reproductive health for the inter professional primary care team. **Contraception**, v. 93, no. 5, p. 483-545, May 2016.

CASSIANI, S. H. D. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica Delphi e a técnica de grupo nominal com estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996.

CASTRO, A. V., REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2009.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. 2010. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 259-278.

CFEMEA. Primeira conferência nacional de políticas para as mulheres. **Jornal Fêmea**, Brasília, n. 136, ago. 2004. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=997:1conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres&catid=120:numero-136-agde2004&Itemid=129>. Acesso em: 01 nov. 2014.

CHANG, A. M. et al. A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 66, no. 10, p. 2320-2330, 2010.

COELHO, C. C. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. **Revista Saúde pública**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 54-64, jan./jun. 2008.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p.440-452, 2009. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/225>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>>. Acesso em: 23 maio 2016.

CORRÊA, A. C. L. et al. Percepções de homens sobre a vivência da paternidade na adolescência: uma perspectiva bioecológica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 1-7, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100415&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2016.

CORRÊA, S.; AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003. p. 17-78.

_____; JANUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

COSTA, A. et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 74-86, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

COSTA, A. M.; GUIMARÃES, M. C. L. **Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

COSTA, G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, 2010.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. C. A. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 2-10, maio/jun. 2011.

COSTA, M. A. O. **Aconselhamento para o teste anti-HIV: o olhar de profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte**. 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COSTA, N. F. P. et al. **Normas técnicas em anticoncepção**. 2. ed. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2007.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Edição especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>. Acesso em: 10 maio 2016.

DELORS, J. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez, 2003.

DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. **Literature review developing competencies for health promotion deliverable 3b**. Galway: National University of Ireland, 2010. Disponível em: <<http://www.marketingsociale.net/download/CompHP.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

DIAS, O. V. et al. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 448-454, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300009>>. Acesso em: 15 maio 2016.

DIRKSEN, R. R. et al. Contraceptive counseling by general internal medicine faculty and residents. **Journal of Women's Health**, New Rochelle, v. 23, n. 8, p. 707-713, Aug. 2014.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 288-295, abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003>>. Acesso em: 02 maio 2016.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S.; OLIVEIRA, M. A. C. Science, public health and nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 66, p. 119-133, 2013. Edição especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

FARO, A. C. M. E. Assistência ao binômio paciente/família na situação traumática da medula espinhal. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 67-73, 1998.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Carta de princípios éticos sobre direitos sexuais e reprodutivos dirigida à prática de ginecologistas e obstetras**. São Paulo: FEBRASGO, 2011. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=1400>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

FEIJÓ, A. M. et al. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 783-791, 2012.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FLORES, A. O. Educação em saúde numa perspectiva transformadora. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Org.). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I. Brasília: Funasa, 2007. p. 1-70.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O; TEIXEIRA, K. C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 330-337, abr./jun. 2010.

FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V.; BRUM, Z. P. Health education as a strategy for healthy sexuality. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 529-536, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2084>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, abr./jun. 2010.

GALLANT, J. E. HIV counseling, testing and referral. **American Family Physician**, Washington, v. 70, no. 2, p. 295-302, 2004.

GARCIA, F. A. R. et al. Progress and priorities in the health of women and girls: a decade of advances and challenges. **J. Womens Health.**, New York, v. 19, p. 671-680, 2010.

GEBBIE, M. K.; GILL, E. S. **Competency-to-curriculum toolkit**. New York: Association for Prevention Teaching and Research, 2008. Disponível em: <http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Competency_to_Curriculum_Toolkit08.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

GIAMI, A. Representations du SIDA: une theorie sexuelle du SIDA. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 113-121, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a18.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GIMENEZ, F. V. M. et al. Análise do projeto saúde e prevenção nas escolas: contribuições à gestão intersetorial. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2770-2780, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6635/10038>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GOMES, R. A Dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital: revista de pensamento e investigación social**, Belaterra, no. 14, p. 237-243, out. 2008. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2736191.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2009.

GOODMAN, C. M. The Delphi technique: a critique. **Journal of Advanced**, Malden, v. 12, no. 5, p. 729-734, 1987.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUERRERO, P. et al. User embracement as a good practice in primary health care. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016>. Acesso em: 10 maio 2016.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. **Journal Adv. Nurs.**, Hoboken, v. 32, no. 4, p. 1008-1015, 2000.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R. Introdução: ciências sociais e sexualidade In: _____. (Org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 11-29.

HEWITT, C. M.; ROYE, C.; GEBBIE, K. M. Core competency model for the family planning public health nurse. **Public Health Nursing**, New York, v. 31, no. 5, p. 472-479, 2014.

HIGA, E. F. R. et al. A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface**, Botucatu, v. 19, p. 879-891, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500879&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2016.

HUTCHINSON, J. et al. Competency: development and evaluation of a new clinical training and assessment programme in sexual health for primary care health professionals. **Int. J. STD AIDS**, Boston, v. 23, no. 8, p. 589-592, Aug. 2012.

HYNDMAN, B. Toward the development of skills-based health promotion competencies: the Canadian experience. **Global Health Promotion**, Toronto, v. 16, no. 2, p. 51-55, 2009.

JAKUES, A. E. **Significado da sexualidade e assuntos correlatos no contexto escolar por professores do ensino fundamental da educação sexual**: experiência de uma pesquisa-ação. 2012. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

JOBERT, G. A. Profissionalização: entre a competência e reconhecimento social. In: ALTET, M.; PAQUAY, L.; PERRENOUD, P. **A profissionalização dos formadores de professores**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 55-67.

JOYNER, K.; MASH, B. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, no. 399, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>>. Acesso em: 07 maio 2016.

KHANAM, M.; PERVEEN, S.; MIRZA, S. Reproductive and sexual health issues: knowledge, opinion and attitude of medical graduates from Karachi. **J. Pak Med. Assoc.**, Boston, v. 61, no. 7, p. 648-652, July 2011.

KUKUL, I. M. HIV e direitos humanos: aspectos interdisciplinares dos profissionais da saúde no resgate da dignidade da pessoa humana. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Málaga, no. 2, p. 33-43, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/2016/02/hiv.html>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012.

LEITE, M. T. et al. O homem também fala: o climatério feminino na ótica masculina. **Eletr. Enf.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 344-51, abr./jun. 2013.

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

LEMOS, R. L. **A qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas/RS**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública baseada em Evidências) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

LEONELLO, V. M. **Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência da enfermagem**. 2007. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

LIMA, S. D. L. M. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: expressões das políticas públicas do município de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2013.

LOPES, A. et al. Factors that influence the sexuality of the elderly: an integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, ago. 2014.

LOPES, A. O. S.; OLIVEIRA, C. C. S. Saúde da mulher em situação de prisão: direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Saúde. Com.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 392-408, 2014. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/248/287>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade: o “normal”, o “diferente” e o excêntrico. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 23-39.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Pedagogia das competências - um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem - uma revisão da literatura. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, p. 92-99, 2006.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 449-455, jul./set. 2011.

MATOS, E.; GONÇALVES, J. R.; RAMOS, F. R. S. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 383-390, jul./set. 2005.

_____; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-346, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MATSEKE, G.; PELTZER, K. Screening and brief intervention for intimate partner violence among antenatal care attendees at primary healthcare clinics in Mpumalanga Province, South Africa. **S. Afr. Jog.**, New York, v. 1, no. 2, p. 40-43, 2013. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sajog/article/download/88893/78464>>. Acesso em: 6 maio 2016.

MAYNART, W. H. C et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>>. Acesso em: 15 maio 2016.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 411-418, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

_____. Um ensaio sobre a medicina e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 61-84, fev. 2000.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (Org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIELKE, F. B.; OLSHOWSKY, A. Actions of mental health in family health strategy and the health technologies. **Rev. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011.

MIRANDA, A. E.; MERÇON-DE-VARGASA, P. R.; VIANA, M. C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 255-260, abr. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200015>>. Acesso em: 8 set. 2016.

MIRANDA, S. A.; GONÇALVES, L. H. T. Autocuidado de mulheres amazônicas na prevenção e controle do Papiloma Virus Humano (HPV) - participação do (a) enfermeiro (a). **Enferm. Foco**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 08-12, 2016.

MORALES, A. S. M. et al. Perspectives on health promotion competencies and accreditation in Europe. **Global Health Promotion**, Toronto, v. 16, no. 2, p. 21-31, 2009.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 795-801, out. 2005.

_____; _____. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

_____; _____. GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr./maio 2007.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. **Homens, masculinidades e políticas públicas**: aportes para equidade de gênero. Rio de Janeiro: Promundo, 2009. Disponível em: <<http://menengage.org/wp-content/uploads/2014/06/HomensMasculinidades1.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

NASCIMENTO, N. C. et al. Cuidado pré-concepcional: conhecimento e prática de adolescentes. **Revista de Enferm. UFPE online**, Recife, v. 9, n. 5, p. 321-327, maio 2015. Disponível em: <https://www.academia.edu/14475668/Cuidado_pr%C3%A9-concepcional_conhecimento_e_pr%C3%A1tica_de_adolescentes>. Acesso em: 26 jun. 2016.

NEMES, M. I. B.; CARVALHO, H. B.; SOUZA, M. F. M. S. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 310-321, 2004.

OLIVEIRA, Q. B. M. Dialogando sobre algumas questões de gênero e prevenção à violência e promoção da saúde na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 3985-3991, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência. **Programa de ação mundial para as pessoas com deficiência**. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6pam.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. **O futuro que queremos**. Rio de Janeiro: ONU, 2012. Disponível em: <http://documentos-da-conferencia/ofuturoquequeremos/at_download/the-future-we-want.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach**. Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Competency in nursing**. Geneva: WHO, 2003.

_____. **Planejamento familiar**: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore: OMS, 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Developing sexual health programmes**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **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/10665/44507/1/9789241501002_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Sexual health, human rights and the law.** Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-3831>>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em: 15 set. 2016.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%201%20Artigo%204.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

PEDROSA, C. M.; DINIZ, C. S. G.; MOURA, V. G. A. L. O programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1879-1888, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. et al. **As competências para ensinar no século XXI:** a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PETCHESKY, R. P. Rights and needs: rethinking the connection in debates over reproductive and sexual rights. **Health and Human Rights**, Cambridge, v. 4, no. 2, p. 17-29, 2000.

PHILIPPI, J. M. S. Políticas de saúde da mulher no Brasil - história e evolução. In: RIAL, C.; PEDRO, J. M.; AREND, S. M. F. **Diversidades:** dimensões de gênero e sexualidade. Florianópolis: Mulheres, 2010. p. 125-139.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demandas em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 33-54.

POLI, M. E. H. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. **Scimed**, v. 16, n. 4, p. 168-171, 2006.

PRIMO, C. C.; BOM, M.; SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. **Ver. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2008.

RAIMUNDO, J.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, p. 61-67, 2012. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2016.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. 123 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIBEIRO, C. P. S. et al. Percepção de adolescentes escolares sobre transformações corporais, gravidez e caderneta de saúde do adolescente. **Revista Cubana de Enfermería**, Calle, v. 32, no. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/950/149>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

RIBEIRO, V. C. S. et al. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/950/149>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

RINEHART, D. A PNAN: institucionalidade e controle social. In: ENCONTRO NACIONAL DA REDE DE NUTRIÇÃO DO SUS, 9., 2009, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: CONASENS, 2009. p. 1-15.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006.

RODRIGUES, E. A. S. **Abordagem da violência na atenção primária à saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários**. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBDA2MH89/elisane_adriana_santos_rodrigues.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 set. 2016.

ROSAS, C. F. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Florianópolis, n. 27, p. 18, set. 2005.

SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida**. Cali: CEDETES, 2004.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LÚCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, J. C. A. O enfermeiro e o ensino na assistência às doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 8-12, 2016.

SANTOS, N. O. **Violência contra mulher a gente vê por aqui!**: a representação da violência doméstica em telenovelas brasileiras. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, R. R. G. **Implantação do teste rápido de HIV e sífilis na rede cegonha, em Porto Alegre (RS)**: avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes. 2016. 32 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8371/1/000478724-Texto%2bParcial-0.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2016.

SAUPE, R. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, v. 8, n. 18, p. 31-37, 2006.

SCARPADO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi na pesquisa em enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. 2. ed. Recife: SOS Corpo, 1995.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na política nacional de atenção integral à saúde do homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SHAW, J. et al. A service-based approach to nurse training in sexual and reproductive health care. **The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, London, v. 39, no. 4, p. 285-288, 2013.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Violência por parceiro(a) íntimo(a) contra mulheres e cuidado em saúde na Austrália: cartografando o cenário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1037-1048, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a25>>. Acesso em: 7 maio 2016.

SILVA, A. M. et al. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, jun. 2009.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 246-256, dez. 2015. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SILVA, E.; MARZARI, C. K. Resolutividade dos serviços de saúde. In: SIMPÓSIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 15., 2011, Santa Maria, RS. **Anais...** Santa Maria: SEPE, 2011. p. 1-2.

SILVA, G. F. et al. Influências do climatério para o envelhecimento na percepção de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29072/20750>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

SILVA, J. A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 297-309.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam na atenção primária a saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 3, n. 33, p. 207-216, 1999.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63018749010.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, D. A.; SADIGURSKY, D. Facilidades e dificuldades de enfermeiras na prática da competência profissional. **Revista APS**, Juíz de Fora, v. 18, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2015.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1121-1130, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600009>>. Acesso em: 23 maio 2016.

SOUSA, J. J. **Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres usuárias do Programa de Saúde da Família**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUZA, K. V.; TYRRELL, M. A. R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 47-54, mar. 2007.

SOUZA, M. P. A percepção dos idosos sobre a sexualidade: revisão sistemática da literatura. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 124-131, 2016. Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2703/4457>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

SOUZA, P. A.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informações de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 368-81, 2005.

SOUZA, V. S.; CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 441-447, 2010.

SPELLER, V.; SMITH, B. J.; LYSOBY, L. Development and utilization of professional standards in health education and promotion: US and UK experiences. **Global Health Promotion**, New York, v. 16, no. 2, p. 32-41, 2009.

STALINA, S.A. Atención integral a las mujeres de edad mediana. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, Havana, v. 37, no. 2, p. 251-270, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAFT, A. J. et al. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 811, Sept. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564741/>>. Acesso em: 16 maio 2016.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 72-77, abr. 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=397>. Acesso em: 10 jun. 2016.

TAUB, A. et al. Perspectives on terminology and conceptual and professional issues in health education and health promotion credentialing. **Health Education and Behavior**, New York, v. 36, no. 3, p. 439-450, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2013.

TEMPORÃO, J. G. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. **Cienc. Cult**, v. 64, n. 2, p. 21-23, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.

USTA, J. Involving the healthcare system in domestic violence: what women want. **Annals of Family Medicine**, v. 10, no. 3, p. 213-220, May 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354970/>>. Acesso em: 27 maio 2016.

VIDAL, C. R. P. M. et al. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 680-684, 2012.

WILLIAMS, P.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **J. Adv. Nurs**, v. 19, p. 180-186, 1994.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição a construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

_____; ALMEIDA, M. C. P. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in Southern Brazil. **Public Health Nursing**, Boston, v. 25, p. 336-343, 2008.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cad. Pesqui. Adm.**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 54-65, 2000.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 305-312, abr./jun. 2009.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS, 1996, Rio de Janeiro, RJ. **Anais...** Rio de Janeiro: SENAI, 1998. p. 15-24.

_____. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

APENDICE A - INSTRUMENTO PARA O LEVANTAMENTO DE COMPETÊNCIAS

Formulário - Levantamento preliminar de Competências

Este instrumento objetiva fazer um levantamento preliminar das competências transversais necessárias para o trabalho das equipes da APS em Saúde Sexual e Reprodutiva. Pretende-se com este estudo construir um referencial de competências para atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva a partir da visão de especialistas. A literatura traz a noção de competências, em termos gerais como a capacidade de articulação e mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, para enfrentamento de problemas e situações de imprevisibilidade nas situações de trabalho em um determinado contexto cultural.

São poucos os estudos em nosso país que pesquisam sobre esta temática na perspectiva das competências. Há alguns estudos internacionais que trabalham com competências na saúde sexual e reprodutiva, mas com enfoque em alguma profissão específica. Portanto torna-se relevante estudar as competências com enfoque na equipe para que este cuidado seja realizado de modo integral.

O processo de investigação adotado possibilitará gerar um debate entre os especialistas que estudam sobre a temática e posteriormente será debatido entre os profissionais envolvidos com o cuidado.

Para darmos início a discussão, solicitamos que liste 3 competências que você acredita serem necessárias para a atuação da equipe de saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva como um direito. Solicitamos que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária.

COMPETÊNCIAS

1. _____

Comente por que você considera que esta competência é importante na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.

2. _____

Comente por que você considera que esta competência é importante na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.

3. _____

Comente por que você considera que esta competência é importante na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.

APÊNDICE B - SEGUNDA RODADA DA PESQUISA PARA CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NA SSR

A presente pesquisa intitulada “CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, é desenvolvida para fins de curso de Mestrado em Enfermagem, com objetivo de identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Essa etapa da pesquisa que estamos enviando busca realizar um consenso de opiniões do grupo com a utilização da Técnica Delphi. Esta técnica é um método de julgamento de informações.

As competências levantadas no primeiro questionário foram organizadas em 4 domínios. Para cada competência foi adicionada uma escala de Likert que você deverá marcar uma das seguintes opções: Discordo totalmente; Discordo; Neutro; Concordo; Concordo totalmente. Ao final de cada domínio há um espaço para comentários que julgar necessários.

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Neutro	4 Concordo	5 Concordo totalmente
Domínio 1: Ética e princípios profissionais					
Realiza escuta ativa	()	()	()	()	()
Estabelece diálogo a fim de promover o compartilhamento de saberes	()	()	()	()	()
Comunica-se de forma dialógica	()	()	()	()	()
Demonstra capacidade de acolhimento livre de preconceitos e julgamentos	()	()	()	()	()
Demonstra empatia, respeito e desenvolve a confiança durante os atendimentos prestados	()	()	()	()	()
Compreende os fundamentos éticos/bioéticos e da humanização na atenção à saúde centrados na pessoa e na abordagem familiar	()	()	()	()	()
Considera o contexto cultural, econômico e social dos indivíduos	()	()	()	()	()
Respeita os saberes e diferentes culturas	()	()	()	()	()
Promove o empoderamento dos sujeitos	()	()	()	()	()
Demonstra iniciativa para resolução de problemas	()	()	()	()	()
Reconhece o outro como uma vida que vale o investimento profissional	()	()	()	()	()
Reconhece suas crenças e valores em relação e valores em relação àquelas dos usuários	()	()	()	()	()
Assegura o sigilo profissional					
Domínio 2: Liderança e gestão					
Garante o acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis	()	()	()	()	()
Conhece a rede para possíveis encaminhamentos	()	()	()	()	()
Promove a longitudinalidade do cuidado	()	()	()	()	()
Promove a intersetorialidade	()	()	()	()	()
Domínio 3: Competência para os profissionais, incluindo o trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação					
Conhece os marcos referenciais políticos e legais,	()	()	()	()	()

nacionais e internacionais sobre os Direitos na Saúde Sexual e Reprodutiva					
Articula conhecimento interdisciplinar inerentes à saúde da mulher e do homem	()	()	()	()	()
Prove aconselhamento e encaminhamento dos casos de violência sexual	()	()	()	()	()
Promove e incentiva o autocuidado na Saúde Sexual e Reprodutiva	()	()	()	()	()
Articula atividades educativas em saúde que abordem a Saúde Sexual e Reprodutiva de homens, mulheres e jovens	()	()	()	()	()
Promove a Saúde Sexual e Reprodutiva de indivíduos, famílias e comunidade	()	()	()	()	()
Compreende a dinâmica social e cultural considerando aspectos de gênero, classe, raça, etnia e diversidade social	()	()	()	()	()
Domínio 4: Provisão do cuidado					
Atua junto à mulher, ao homem, família e comunidade no âmbito de: <ul style="list-style-type: none"> - planejamento familiar - pré-concepção - pré-natal - parto - pós-parto - climatério - menopausa - andropausa 	()	()	()	()	()
Orienta e administra ações de atenção à mulher e ao homem no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva	()	()	()	()	()
Realiza aconselhamento pré e pós teste para coleta de exames	()	()	()	()	()
Elege os diagnósticos de acordo com sua área profissional	()	()	()	()	()
Apresenta capacidade de atuar com resolutividade frente as disfunções sexuais masculinas e femininas	()	()	()	()	()
Demonstra capacidade técnica para exercer a clínica na Saúde sexual e Reprodutiva	()	()	()	()	()

APÊNDICE C - TERCEIRA RODADA DA PESQUISA PARA CONSTRUÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NA SSR

A presente pesquisa intitulada “CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, é desenvolvida para fins de curso de Mestrado em Enfermagem, com objetivo de identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Essa etapa da pesquisa que estamos enviando busca realizar um consenso de opiniões do grupo com a utilização da Técnica Delphi. Esta técnica é um método de julgamento de informações.

Nesta terceira etapa você irá reavaliar as competências que não obtiveram consenso na segunda etapa. No Delphi a responsabilidade de estabelecer o nível de consenso aceitável é dos pesquisadores. Para este estudo o critério foi de 70% para os valores 4 e 5 da escala de Likert (concordo e concordo muito), conforme proposto por outros estudos que utilizaram esta abordagem de coleta.

Abaixo estão apresentadas as competências que não obtiveram consenso. No terceiro domínio (Competência para os profissionais, incluindo o trabalho com a comunidade, saúde e educação, aconselhamento e avaliação) todas as competências obtiveram consenso.

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Neutro	4 Concordo	5 Concordo totalmente
Domínio 1: Ética e princípios profissionais					
Promove o empoderamento dos sujeitos	()	()	()	()	()
Reconhece suas crenças e valores em relação e valores em relação àquelas dos usuários	()	()	()	()	()
Domínio 2: Liderança e gestão					
Garante o acesso a exames de sorologias e medicamentos para as doenças sexualmente transmissíveis	()	()	()	()	()
Domínio 4: Provisão do cuidado					
Atua junto à mulher, ao homem, família e comunidade no âmbito de: - andropausa	()	()	()	()	()

APENDICE D - CONVITE ESPECIALISTA**CONVITE**

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS) - Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENF/UFRGS)

Projeto de Pesquisa: Construindo as Competências da equipe de saúde para a Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador Discente: Shana Vieira Telo- e-mail: shanavt@hotmail.com

Pesquisadora Responsável: Regina Rigatto Witt- e-mail: regina.witt@ufrgs.br

Vimos, por meio deste, convidá-los (as) participar da pesquisa intitulada: **Construindo as Competências da equipe de saúde para a Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde**, que tem como objetivo identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes da APS em Saúde Sexual e Reprodutiva.

Solicitamos sua participação na coleta de dados que se dará através do preenchimento de um instrumento que será disponibilizado através do ambiente virtual Google Docs.

Agradecemos sua participação.

Shana Vieira Telo
Pesquisadora discente

Regina Rigatto Witt
Pesquisadora Responsável

APENDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa que tem por objetivo identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e será desenvolvida junto à especialistas que estudam sobre esta temática, para construir um referencial de competências para atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva.

A participação é de caráter voluntário e consistirá no preenchimento de questionários enviados via plataforma virtual (Google Docs). As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, a identidade dos participantes será preservada através do anonimato da divulgação das mesmas e haverá a possibilidade de desistência a qualquer momento no decorrer do estudo sem acarretar prejuízo ou constrangimento.

Os benefícios do estudo estão ligados à identificação das competências que poderão fornecer subsídios para a atuação profissional na atenção a sexual e reprodutiva. O risco da pesquisa será o desconforto relacionado à interferência do preenchimento dos questionários nas rotinas cotidianas. Em qualquer uma das etapas do estudo, será possível solicitar esclarecimento a pesquisadora Shana Vieira Telo, através do telefone (51) 92677776 ou pelo e-mail: shanavt@hotmail.com. Este estudo é orientado pela Professora Dr^a Regina Rigatto Witt, que pode ser contada pelo telefone (51) 93542886 ou pelo e-mail regina.witt@ufrgs.br. Quaisquer dúvidas podem ser esclarecidas com o Comitê de Ética da UFRGS através do telefone (51) 3308 3738 ou e-mail etica@propesq.ufrgs.br.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura

De acordo, Porto Alegre,.....de.....de

Nome do participante: _____

Assinatura

ANEXO A – PARECER COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Prezado Pesquisador REGINA RIGATTO WITT,

Informamos que o projeto de pesquisa CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE encaminhado para análise em 13/01/2015 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

TÍTULO DO PROJETO: "Construindo as competências da equipe em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde"

Autor(a) do projeto: Shana Vieira Telo

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Instituição de origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem da UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Curso de Mestrado.

ASPECTOS CIENTÍFICOS:

Título: O título "Construindo as competências da equipe em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde" é compatível com o projeto.

Introdução: Apresenta revisão de literatura pertinente na área. A fundamentação teórica é adequada.

Objetivo: O objetivo geral ("Identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes na perspectiva da saúde sexual e reprodutiva como um direito no contexto da atenção primária em saúde") e o objetivo específico ("Construir um referencial de competências para a atenção em saúde sexual e reprodutiva a partir da visão de especialistas e dos sujeitos implicados no cuidado - trabalhadores em saúde) são compatíveis entre si e com o desenho do projeto de pesquisa.

Aspectos Metodológicos: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem mista (quali-quantitativo) com o uso da técnica Delphi. Apresenta um delineamento de estudo adequado em relação ao que se propõe o projeto. O estudo será realizado com dois grupos, o primeiro será composto por especialistas que pesquisam sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. O segundo grupo será formado por trabalhadores de saúde envolvidos com a atenção primária à saúde no Serviço de Saúde Comunitária do GHC: assistentes sociais, enfermeiros(as), médicos(as) de família e comunidade e psicólogos(as). Os instrumentos de coleta de dados são compatíveis com os objetivos e delineamento. O estudo apresenta justificativas em relação ao tamanho da amostra. Os critérios de inclusão e exclusão estão descritos no estudo. Apresenta planejamento de avaliação dos dados e tem adequação das análises propostas com relação aos objetivos e delineamento.

Cronograma: É compatível com as ações propostas para o projeto.

Orçamento: adequado ao projeto, com previsão de utilização de recursos próprios.

Referências: adequadas à temática.

ASPECTOS REGULATÓRIOS E ÉTICOS:

Projeto atende às normas de ética em pesquisa constantes na Resolução CNS 466/12. Prevê a submissão aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e do GHC. Inclui um modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido em forma de convite, com linguagem clara e acessível.

COMENTÁRIOS GERAIS:

O projeto é relevante e produz conhecimento oportuno para a atenção básica em saúde. Contribui para o avanço do conhecimento na área. Tem condições de aprovação.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

ANEXO B - PARECER COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: Regina Rigatto Witt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52555716.1.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.397.025

Apresentação do Projeto:

Trata-se projeto de Dissertação de Mestrado de Shana Vieira Teldo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS.

Aborda o tema os "direitos à saúde sexual e a reprodutiva (DSR) os quais são considerados uma conquista histórica, advinda da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos (BRASIL, 2010). Abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção autodecidida (LEMOS, 2014)".

Caracteriza-se como estudo exploratório descritivo de abordagem mista (quali quantitativo) com o uso da Técnica Delphi.

Técnica Delphi é um "método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas em temas complexos através de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO; REZENDE, 2009; SILVA et al, 2009)". Será empregada a "Técnica Delphi online estudada por Silva et al (2009)". Visa a "circulação de questionários estruturados, repetidas vezes, por um grupo de experts na temática, realizando feedback estatístico de cada resposta até o alcance do consenso (GOODMAN, 1987).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.397.025

Vantagem: obtenção de conhecimentos e critérios com especialistas distantes geograficamente e desvantagens "falta de interação entre os especialistas que pode interferir nos esclarecimento ou discussão em relação às discrepâncias".

Campo de Estudo: "Rodadas de Delphi" ocorreram a partir da seleção de experts na base de dados de currículos da Plataforma Lattes.

Participantes: serão constituídos por grupo de especialistas que pesquisam sobre Saúde Sexual Reprodutiva e Direitos SR, de acordo com a competência na área, experiência, diferente percepção social com idioma e cultura comuns.

Crerios de busca: o assunto (saúde sexual, saúde reprodutiva, saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica, saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde, direitos sexuais, direitos reprodutivos, e direitos sexuais e reprodutivos).

Número de Especialistas: indicado um número de 15 a 30 participantes.

Coleta de informações: será por meio de questionários, será realizado sucessivas rodadas de questionário, mediada pelas tecnologias de informação e comunicação Google Docs. A taxa de retorno dos questionários "varia entre 30% a 50% dos especialistas no primeiro ciclo e de 20% a 30% no segundo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000)". Os questionário serão submetido a um pré-teste com três docentes que atuam na área com a finalidade de avaliar o constructo e clareza.

Primeiro questionário apresentará uma contextualização da temática e será solicitado listar três competências que acreditam ser necessárias para o trabalho em equipe na atenção a SSR na APS.

A partir da análise qualitativa das competências será enviado um novo questionário, no qual será atribuída uma Escala Likert com opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito) para cada competência para que os (as) participantes expressem sua concordância. O processo se repetirá até que se atinja o consenso."

Análise das Informações: ocorre concomitante à coleta de informações. .

Na qualitativa será utilizada para a produção dos enunciados das competências, baseando-se na

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.397.025

interpretação do discurso produzido (competência listada e seu comentário) (SOUZA; FRADE; MENDONÇA, 2005).

Na quantitativos, os dados serão analisados com o intuito de estabelecer um consenso entre os (as) participantes. Nesse estudo o critério será de 70% para os valores 4 e 5 da escala de Likert (concordo e concordo muito), conforme proposto por outros estudos que utilizaram esta abordagem de coleta (WIIT, 2005; SILVA; TANAKA, 1999).

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar as competências transversais necessárias para o trabalho das equipes na perspectiva da Saúde Sexual e Reprodutiva como um direito no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Secundário: Construir um referencial de competências para atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva a partir da visão de especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão contemplados no TCLE, no projeto completo e no Formulário da Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta temática de relevância, poderá trazer avanços para o cuidado à saúde sexual e reprodutiva.

A fundamentação teórica e metodológica apresenta consistência e pertinência. Os procedimentos metodológicos previstos pela Técnica Delphi estão detalhadamente descritos, encontra-se em anexo o instrumento que será utilizado.

As questões éticas referentes à pesquisa com seres humanos foram observadas de acordo com a Resolução Nº466/12 Conselho Nacional de Saúde. Cronograma e orçamento estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE- Contempla as recomendações da Resolução 466/12, apresentando informações claras e pertinentes ao projeto.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.397.025

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643826.pdf	19/01/2016 03:03:06		Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	19/01/2016 03:02:05	Shana Vieira Telo	Acelto
Outros	COMPESQ_ENFERMAGEM.pdf	19/01/2016 03:01:16	Shana Vieira Telo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/01/2016 02:58:52	Shana Vieira Telo	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2016 02:08:28	Shana Vieira Telo	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Janeiro de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br