REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

REPRODUCTIVE PLANNING AND NURSING CARE FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795273400

Brenda Viegas Soares
Karen Larissa Brito Silva
Adeilton Carlos Silva Marques
Débora Cristina Ribeiro Martins
Crystian Nonato Lima França
Miguel Santana Braga
Themistocles Yure Ferreira Silva

RESUMO

O planejamento reprodutivo é um direito sexual e reprodutivo relacionado à liberdade de decidir se, quando e em que condições ter filhos. Este estudo teve como objetivo analisar a importância da assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo e na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e SpringerLink, além da consulta a documentos oficiais e normativos. Foram consideradas publicações relacionadas ao planejamento reprodutivo, à saúde sexual e reprodutiva e à assistência de Enfermagem, bem como documentos legais e técnicos pertinentes ao tema. A síntese evidenciou que a atuação da Enfermagem ultrapassa a oferta de métodos contraceptivos e envolve acolhimento, escuta qualificada, consulta de Enfermagem, educação em saúde, aconselhamento não diretivo, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e acompanhamento longitudinal. Os estudos também apontaram que desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais, além da circulação de informações incompletas em meios digitais, limitam o acesso e a autonomia reprodutiva. Conclui-se que a assistência de Enfermagem, especialmente na Atenção Primária à Saúde, contribui para decisões livres e informadas quando fundamentada em evidências, respeito à autonomia, equidade e cuidado integral.

Palavras-chave: Planejamento Reprodutivo; Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Reproductive planning is a sexual and reproductive right related to the freedom to decide whether, when, and under what conditions to have children. This study aimed to analyze the importance of

nursing care in reproductive planning and in the promotion of sexual and reproductive health. This is a narrative literature review with a qualitative and descriptive approach, conducted using the PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, and SpringerLink databases, as well as official and regulatory documents. Publications related to reproductive planning, sexual and reproductive health, and nursing care were considered, together with legal and technical documents relevant to the topic. The synthesis showed that nursing practice goes beyond the provision of contraceptive methods and includes welcoming, qualified listening, nursing consultations, health education, non-directive counseling, prevention of sexually transmitted infections, and longitudinal follow-up. The studies also indicated that social, racial, economic, and territorial inequalities, in addition to the circulation of incomplete information in digital media, limit access and reproductive autonomy. Nursing care, especially in Primary Health Care, contributes to free and informed decisions when grounded in evidence, respect for autonomy, equity, and comprehensive care.
Keywords: Reproductive Planning; Sexual Health; Reproductive Health; Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo constitui componente fundamental da saúde sexual e reprodutiva e está diretamente relacionado ao direito das pessoas de decidir, de forma livre e informada, se desejam ter filhos, quando e em que condições. Embora o acesso aos métodos contraceptivos seja indispensável, a autonomia reprodutiva não se limita à disponibilidade de insumos. As decisões relacionadas à reprodução também são influenciadas pelas relações com parceiros, familiares e comunidades, bem como pelas condições sociais,

econômicas e de trabalho que atravessam a vida das mulheres (Mare et al., 2022; BRASIL, 1996).

A contracepção moderna pode contribuir para a prevenção de gestações não intencionais, desde que sua escolha seja voluntária, segura e compatível com as particularidades clínicas e os projetos de vida de cada pessoa. A Organização Mundial da Saúde destaca a importância da continuidade do acesso à contracepção e ao planejamento familiar, especialmente em situações que podem interromper ou dificultar a oferta regular desses serviços (WORLD Health Organization, 2022). Entretanto, as possibilidades de escolha não são distribuídas de maneira homogênea, pois desigualdades sociais, raciais, territoriais e econômicas interferem no acesso à informação, aos profissionais e aos próprios métodos contraceptivos (Trindade et al., 2021; Maclellan et al., 2022).

A gravidez não intencional relaciona-se a fatores estruturais, como desigualdade de gênero, vulnerabilidade socioeconômica e insuficiência de políticas de educação sexual e planejamento reprodutivo. Entre adolescentes e mulheres jovens, esses fatores podem intensificar a exposição a situações de risco e restringir a capacidade de decisão sobre a própria reprodução (Ayalew et al., 2022). A dificuldade de obter informações confiáveis sobre serviços e métodos também constitui barreira relevante, sobretudo em territórios nos quais a oferta assistencial é irregular (Ferreira et al., 2023; Trindade et al., 2021). Embora a internet seja fonte frequente de informação, conteúdos de redes sociais podem ser incompletos, imprecisos ou pouco fundamentados (Huang et al., 2024).

A educação em saúde e a comunicação qualificada são, portanto, estratégias essenciais para favorecer escolhas autônomas e reduzir

iniquidades. O planejamento reprodutivo deve contemplar informações acessíveis sobre sexualidade, fertilidade, métodos contraceptivos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, efeitos adversos, contraindicações e possibilidades de acompanhamento. Essa abordagem precisa respeitar as singularidades das pessoas atendidas e considerar experiências de discriminação e barreiras institucionais que afetam a relação com os serviços de saúde (BRASIL, 2013; Maclellan et al., 2022).

Nesse processo, a Enfermagem desempenha papel relevante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, na escuta das necessidades individuais, na orientação sobre os métodos disponíveis e no acompanhamento longitudinal. A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o cuidado por meio do Processo de Enfermagem, favorecendo a identificação de necessidades, o planejamento das intervenções e a avaliação dos resultados (Almeida et al., 2023; Conselho Federal de Enfermagem, 2024). Aplicada ao planejamento reprodutivo, essa metodologia pode contribuir para uma assistência integral, humanizada e baseada em evidências.

A assistência de Enfermagem ocupa posição estratégica na Atenção Primária à Saúde. O enfermeiro pode participar do acolhimento, da consulta de Enfermagem, da educação em saúde, da orientação sobre métodos, da prevenção de IST e do encaminhamento para outros pontos da rede quando necessário. Essas ações devem considerar condições clínicas, contexto social, preferências, projetos de vida e capacidade de decisão, evitando práticas coercitivas ou baseadas em julgamentos (BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2025).

Diante disso, esta revisão tem como problema de pesquisa: qual é a importância da assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo e na promoção da saúde sexual e reprodutiva da população? O objetivo foi analisar essa importância, considerando ações de orientação, prevenção, acolhimento, educação em saúde, acompanhamento e respeito à autonomia das pessoas atendidas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Planejamento Reprodutivo Como Direito e Cuidado Integral

O planejamento reprodutivo é um direito relacionado à liberdade de decidir se, quando e em que condições se pretende ter filhos. No Brasil, a Lei nº 9.263/1996 define-o como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que assegura direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole, pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A mesma norma determina que essas ações integrem a atenção global à saúde e sejam orientadas por medidas preventivas e educativas, com acesso igualitário à informação e aos meios disponíveis (BRASIL, 1996).

Essa definição não restringe o cuidado à distribuição de contraceptivos nem à prevenção da gravidez. Ela também abrange a assistência à concepção e exige respeito à decisão individual, sem coerção e sem finalidade de controle demográfico. O Ministério da Saúde situa a saúde sexual e reprodutiva no cuidado integral ao longo da vida e recomenda que os serviços apoiem as escolhas das pessoas em vez de decidir por elas (BRASIL, 2013).

A Lei nº 14.443/2022 atualizou a legislação do planejamento familiar, estabelecendo prazo máximo de 30 dias para a disponibilização de métodos e técnicas contraceptivas e retirando a exigência de

autorização do cônjuge para a esterilização voluntária, nos termos legais. Essas mudanças reforçam a centralidade da autonomia individual, mas não garantem, por si mesmas, acesso concreto e oportuno. A efetivação do direito depende de oferta regular, informação compreensível, profissionais capacitados e serviços capazes de acolher diferentes necessidades (BRASIL, 2022; BRASIL, 2013).

O cuidado integral exige que o planejamento reprodutivo seja abordado de maneira contínua e não apenas em momentos de procura por um método. A pessoa pode desejar evitar uma gestação, planejar uma gravidez, espaçar nascimentos, interromper ou trocar um método ou receber atendimento diante de efeitos adversos. Cada uma dessas situações requer escuta, avaliação e possibilidade de reorientação do plano de cuidado (BRASIL, 1996; WORLD Health Organization, 2025).

2.2. Autonomia Reprodutiva e Equidade no Acesso

A autonomia reprodutiva envolve mais do que a possibilidade formal de escolher um método. Para que a decisão seja efetivamente livre e informada, a pessoa precisa receber informações confiáveis, expressar preferências sem pressão e encontrar condições materiais para acessar e manter o método escolhido. O aconselhamento deve considerar projetos de vida, condições clínicas, relações afetivas e contexto social, sem presumir que exista uma opção adequada para todas (WORLD Health Organization, 2015; BRASIL, 2013).

No Brasil, o uso de contraceptivos apresenta diferenças associadas a características sociodemográficas. A análise de indicadores agregados não demonstra, isoladamente, que os métodos estejam

igualmente disponíveis ou que correspondam às preferências de todas as usuárias. É necessário observar como renda, escolaridade, raça, território, idade e vínculo com os serviços interferem na obtenção de informação, atendimento e insumos (Trindade et al., 2021).

A desigualdade também se expressa nas relações de poder. Em algumas situações, a negociação do uso de preservativos ou de outros métodos é influenciada por parceiros, medo de violência, dependência econômica e expectativas de gênero. Por isso, a assistência deve investigar, de modo sensível e sigiloso, se a pessoa consegue exercer sua escolha com segurança, sem transferir a decisão para o parceiro ou para o profissional (Mare et al., 2022; Maclellan et al., 2022).

A equidade não significa oferecer exatamente a mesma intervenção a todas as pessoas. Significa reconhecer barreiras distintas e organizar respostas proporcionais às necessidades. Usuárias que vivem em áreas remotas, adolescentes, mulheres negras, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+ e indivíduos em situação de vulnerabilidade podem precisar de estratégias diferenciadas de comunicação, acesso e acompanhamento. A assistência de Enfermagem deve evitar pressupostos e formular perguntas abertas, respeitosas e clinicamente pertinentes (BRASIL, 2013; Maclellan et al., 2022).

O estudo qualitativo de Rigue et al. (2025), realizado com cinco enfermeiras de uma unidade de atenção primária no Rio Grande do Sul, reforçou a relação entre autonomia, educação contraceptiva personalizada e condições socioeconômicas. As participantes também apontaram a necessidade de ampliar a

corresponsabilidade masculina. Por se tratar de investigação localizada e com pequeno número de participantes, o estudo não permite estimar a realidade de todos os serviços, mas contribui para ilustrar desafios presentes na prática profissional (Rigue et al., 2025).

2.3. Educação em Saúde e Aconselhamento Contraceptivo

A educação em saúde e o aconselhamento permitem compreender as opções disponíveis e relacioná-las às necessidades de cada pessoa. A Lei nº 9.263/1996 determina que a escolha seja apoiada por métodos cientificamente aceitos e prevê avaliação e acompanhamento clínico, além de informação sobre riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. A orientação deve ser clara, suficiente e não diretiva, contemplando dúvidas, efeitos adversos, contraindicações relevantes e possibilidade de rever a decisão (BRASIL, 1996).

A Organização Mundial da Saúde publica critérios de elegibilidade médica para orientar a segurança dos métodos contraceptivos em diferentes condições de saúde e características pessoais. A quinta edição, publicada em 2015, reúne recomendações baseadas em dados clínicos e epidemiológicos e oferece parâmetros para a avaliação profissional. Esses critérios apoiam a segurança clínica, mas não substituem a conversa sobre preferências nem autorizam a imposição de um método (WORLD Health Organization, 2015).

O aconselhamento deve apresentar benefícios e limitações de cada alternativa sem utilizar medo, culpa ou julgamento. Explicar a possibilidade de sangramento irregular, alterações percebidas pela usuária, necessidade de uso correto, retorno da fertilidade e necessidade de acompanhamento ajuda a alinhar expectativas. A

informação deve ser adaptada à compreensão da pessoa e confirmada por meio de perguntas que verifiquem se a orientação foi compreendida (BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2015).

Contracepção, saúde sexual e prevenção de IST devem ser trabalhadas de forma integrada. A proteção contra a gravidez e a prevenção de IST são objetivos relacionados, mas não idênticos. A abordagem precisa discutir preservativos, testagem, vacinação quando indicada, redução de riscos e procura oportuna dos serviços, sem apresentar um método contraceptivo como substituto da prevenção de infecções (BRASIL, 2013).

As redes sociais ampliaram a circulação de informações, mas não garantem qualidade. A análise de conteúdos sobre contracepção no Twitter mostrou que materiais compartilhados podem apresentar lacunas, simplificações ou informações sem respaldo suficiente. Por isso, a Enfermagem tem a oportunidade de orientar fontes confiáveis, corrigir desinformação e produzir materiais acessíveis, especialmente para adolescentes e pessoas que têm dificuldade de acessar consultas presenciais (Huang et al., 2024).

2.4. Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva

Na Atenção Primária à Saúde, a Enfermagem contribui para o planejamento reprodutivo por meio do acolhimento, da consulta, da avaliação de necessidades, da educação, da orientação sobre opções disponíveis, do acompanhamento e da articulação com outros pontos da rede. A escuta qualificada permite identificar dúvidas, barreiras de acesso, condições clínicas e preferências que devem orientar o plano de cuidado (BRASIL, 2013; Rigue et al., 2025).

A consulta de Enfermagem oferece espaço para organizar informações clínicas e sociais relevantes. História reprodutiva, desejo de gestação, métodos já utilizados, efeitos adversos, uso de medicamentos, condições de saúde, exposição a IST e possibilidade de retorno devem ser avaliados conforme a situação apresentada. Essa avaliação não deve transformar a consulta em roteiro rígido, pois a prioridade é responder às necessidades concretas da pessoa atendida (BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2015).

A participação de homens e parceiros pode favorecer a corresponsabilidade, desde que ocorra com consentimento e sem deslocar da pessoa atendida o poder de decisão sobre o próprio corpo. A inclusão masculina deve ampliar o cuidado e não reforçar a ideia de que a mulher necessita de autorização para escolher. Essa perspectiva é coerente com a legislação brasileira e com a defesa da autonomia reprodutiva (BRASIL, 1996; BRASIL, 2022; Rigue et al., 2025).

A atuação profissional deve respeitar limites legais e protocolos vigentes. A Lei nº 7.498/1986 estabelece atribuições do enfermeiro, incluindo consulta e prescrição da assistência de Enfermagem, e prevê a atuação em programas de saúde pública e rotinas aprovadas pela instituição. Portanto, a orientação ou prescrição de métodos deve observar legislação, protocolos locais, capacitação e competências profissionais, sem pressupor autorização irrestrita para qualquer conduta (BRASIL, 1986).

A Resolução Cofen nº 736/2024 organiza o Processo de Enfermagem em avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. No planejamento reprodutivo, esse processo favorece a identificação das necessidades, a definição compartilhada de

objetivos, a execução de intervenções compatíveis com as competências da equipe e a revisão dos resultados. Dessa forma, a assistência não se limita à entrega de insumos, incluindo comunicação, continuidade e proteção da autonomia (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida para reunir, organizar e discutir a produção científica e os documentos técnico-normativos relacionados ao planejamento reprodutivo, à saúde sexual e reprodutiva e à assistência de Enfermagem. A revisão narrativa é apropriada para discutir o desenvolvimento e o estado da arte de um tema sob perspectiva teórica ou contextual, articulando diferentes tipos de publicação (Rother, 2007).

A escolha dessa modalidade permitiu integrar pesquisas empíricas, documentos legais e recomendações técnicas. Por não se tratar de revisão sistemática, não foram realizadas síntese estatística, estimativa de efeito ou metanálise. O foco foi a interpretação crítica dos conteúdos encontrados e a identificação de contribuições para a compreensão do problema de pesquisa, reconhecendo-se a impossibilidade de generalizar quantitativamente os achados (Rother, 2007).

3.2. Fontes de Informação e Estratégia de Busca

A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, e na SpringerLink como

fonte complementar. Também foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e de órgãos profissionais relacionados à saúde sexual e reprodutiva, ao planejamento reprodutivo e à assistência de Enfermagem (BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2015; WORLD Health Organization, 2025).

Foram utilizadas cinco palavras-chave: “planejamento reprodutivo”; “saúde sexual”; “saúde reprodutiva”; “assistência de Enfermagem” e “métodos contraceptivos”; Os termos foram pesquisados individualmente nas bases selecionadas; O levantamento ocorreu em duas etapas: identificação dos resultados sem filtro temporal e aplicação do filtro correspondente aos últimos cinco anos; conforme registrado na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados das buscas por descritor e base de dados

Descritor	PUBMED	SCIELO	LILACS	SPRINGERLINK
Planejamento reprodutivo	65 / 2	73 / 16	1.297 / 248	2 / 0
Saúde sexual	2.641 / 912	2.549 / 350	25.763 / 2.835	1.005 / 355
Saúde reprodutiva	5.995 / 1.945	622 / 77	5.758 / 610	29 / 2
Assistência de Enfermagem	623 / 44	4.631 / 31	44.629 / 5.464	22 / 3
Métodos contraceptivos	64.622 / 10.721	189 / 11	9.715 / 845	1 / 0

Fonte: elaboração própria com base nos dados da busca bibliográfica.
Nota: em cada célula, o primeiro valor corresponde à busca sem filtro e o segundo à busca com filtro dos últimos cinco anos.

3.3. Critérios de Elegibilidade

Foram elegíveis artigos publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis em texto completo e relacionados diretamente ao objetivo da revisão. Foram incluídos estudos sobre planejamento reprodutivo ou familiar, métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, educação em saúde, prevenção de IST, consulta, acolhimento, aconselhamento e cuidado de Enfermagem, especialmente na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013; Rigue et al., 2025).

Também foram considerados documentos oficiais, normativos e institucionais relevantes para a fundamentação legal e técnica, independentemente do período de publicação, quando essenciais à compreensão do tema. Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem texto completo, materiais sem autoria ou instituição responsável, textos opinativos sem fundamentação e trabalhos sem relação direta com o objeto da revisão (Rother, 2007).

3.4. Processo de Identificação, Triagem e Seleção

A seleção das publicações foi conduzida em etapas sucessivas. Inicialmente, foram identificados os resultados recuperados nas bases de dados. Em seguida, os registros foram organizados para identificação de possíveis duplicidades, seguidos da leitura dos títulos e resumos. As publicações consideradas pertinentes foram

avaliadas por meio da leitura integral, observando-se os critérios de elegibilidade estabelecidos.

A inclusão das publicações considerou sua relação com o planejamento reprodutivo, a saúde sexual e reprodutiva, o acesso e a orientação contraceptiva, os direitos reprodutivos, a educação em saúde e a assistência de Enfermagem. Também foram utilizados documentos oficiais e normativos como fontes complementares para a fundamentação legal e técnica da discussão. (Rother, 2007).

3.5. Organização e Análise dos Dados

Os conteúdos foram organizados em eixos temáticos definidos após a leitura integral: direito e autonomia reprodutiva; barreiras e desigualdades de acesso; educação em saúde e aconselhamento; atuação da Enfermagem na Atenção Primária; prevenção de IST e continuidade do cuidado; e limites e potencialidades da assistência. A interpretação buscou aproximar os achados dos marcos legais e das recomendações técnicas, sem atribuir aos estudos conclusões que não estivessem presentes em seus objetivos e resultados (Rother, 2007).

3.6. Aspectos Éticos

Por utilizar exclusivamente artigos científicos e documentos públicos, sem coleta direta de dados com seres humanos, a pesquisa não envolveu entrevistas, questionários ou intervenções. Dessa forma, não houve abordagem direta de participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização Geral dos Achados

A análise da literatura científica e dos documentos legais e técnico-normativos consultados permitiu identificar seis eixos temáticos: autonomia e direitos; desigualdades de acesso; educação e aconselhamento; atuação da Enfermagem; prevenção de IST; e continuidade do cuidado. Essa organização é compatível com a natureza narrativa da revisão, que permite articular resultados de pesquisas com marcos institucionais e legais (Rother, 2007; BRASIL, 1996).

Os estudos não trataram o planejamento reprodutivo como simples fornecimento de contraceptivos. O conjunto analisado apresentou o tema como prática de cuidado que envolve informação, possibilidade de escolha, avaliação clínica, acompanhamento e respeito aos projetos de vida. Essa interpretação converge com a legislação brasileira, que define o planejamento como conjunto de ações de regulação da fecundidade e determina sua integração à atenção global à saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013).

Também se observou heterogeneidade metodológica entre as publicações. Foram encontrados estudos quantitativos, análises de conteúdo e investigação qualitativa sobre a experiência profissional. Essa diversidade ampliou a compreensão do fenômeno, mas limitou a comparação direta entre resultados e impediu estimar o efeito isolado de intervenções de Enfermagem. A síntese, portanto, deve ser lida como interpretação temática e não como medida de eficácia de um modelo assistencial (Rother, 2007; Rigue et al., 2025).

4.2. Autonomia, Direitos e Tomada de Decisão

A autonomia reprodutiva apareceu como eixo central dos achados. Os estudos e documentos analisados indicaram que a escolha de

um método precisa ser voluntária, informada e compatível com condições clínicas, preferências e projetos de vida. A disponibilidade de um método não equivale à garantia de autonomia, pois a decisão pode ser limitada por desinformação, dificuldade de acesso, pressão de parceiros ou experiências negativas nos serviços (BRASIL, 1996; Mare et al., 2022; WORLD Health Organization, 2015).

A literatura examinada também mostrou que a relação profissional-usuária influencia a qualidade da decisão. Acolhimento, privacidade, linguagem acessível e ausência de julgamento favorecem a expressão de dúvidas e preferências. Em sentido oposto, orientações prescritivas, comentários moralizantes ou a apresentação de um único método como "melhor" podem reduzir a participação da pessoa atendida (BRASIL, 2013; Maclellan et al., 2022).

A Lei nº 14.443/2022 reforça esse debate ao retirar a exigência de autorização do cônjuge para esterilização voluntária e estabelecer prazo para oferta de métodos e técnicas contraceptivas. Embora a mudança legal fortaleça a decisão individual, os resultados da revisão indicam que direitos formais precisam ser acompanhados por serviços acessíveis, profissionais capacitados e fluxo assistencial que evite atrasos e encaminhamentos desnecessários (BRASIL, 2022).

A corresponsabilidade masculina foi identificada como possibilidade de qualificar o cuidado, desde que não se converta em controle sobre a decisão da mulher. O estudo de Rigue et al. (2025) apontou a necessidade de incluir os homens nas ações educativas e de planejamento, enquanto a legislação assegura direitos iguais à mulher, ao homem e ao casal. A síntese indica que a inclusão deve ocorrer por convite e consentimento, preservando a autonomia da

pessoa cujo corpo será diretamente afetado pela decisão (BRASIL, 1996; Rigue et al., 2025).

4.3. Desigualdades e Barreiras de Acesso

Os achados evidenciaram que o acesso ao planejamento reprodutivo é atravessado por desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais. Trindade et al. (2021) demonstraram a importância de analisar o uso de contraceptivos segundo características sociodemográficas, pois indicadores gerais podem ocultar diferenças na disponibilidade, na continuidade e na adequação dos métodos às preferências das usuárias.

A localização dos serviços e a regularidade da oferta foram apresentadas como barreiras relevantes. Em áreas remotas, a distância, o custo do deslocamento e a irregularidade de insumos podem dificultar tanto a primeira escolha quanto a manutenção do método. O estudo de Ferreira et al. (2023), ao abordar a organização de serviços em contexto amazônico, reforça que soluções assistenciais precisam considerar as características do território e não podem depender exclusivamente de um modelo urbano de oferta (Ferreira et al., 2023).

A literatura também relacionou vulnerabilidade socioeconômica e gravidez não intencional. Entre adolescentes e mulheres jovens, a desigualdade de gênero, a dependência econômica e a insuficiência de educação sexual podem reduzir a capacidade de negociar proteção e procurar atendimento. Ayalew et al. (2022) identificaram associação entre gravidez não intencional e fatores individuais e contextuais em adolescentes e mulheres jovens, o que sustenta a

necessidade de ações preventivas contínuas e adequadas à faixa etária.

As barreiras não se restringem ao acesso físico. A discriminação, a falta de privacidade e a comunicação inadequada podem afastar pessoas dos serviços. A síntese sobre experiências de mulheres negras, asiáticas e pertencentes a minorias étnicas mostrou que a percepção de desrespeito e desigualdade institucional interfere na relação com o cuidado. Embora o estudo de MacLellan et al. (2022) esteja situado no contexto britânico, suas conclusões ajudam a compreender que qualidade técnica e equidade precisam caminhar juntas.

4.4. Educação em Saúde, Informação e Aconselhamento

A educação em saúde apareceu nos estudos como intervenção transversal. A orientação efetiva não consiste em listar métodos, mas em relacionar alternativas a objetivos, condições clínicas, possíveis efeitos, forma de uso e possibilidade de acompanhamento. O aconselhamento não diretivo foi associado à maior participação da pessoa atendida e à construção compartilhada da decisão (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2015).

Os critérios de elegibilidade médica da OMS foram identificados como instrumento técnico para avaliar segurança em diferentes condições de saúde. Entretanto, a revisão mostrou que a classificação clínica não determina sozinha a escolha. A decisão requer articulação entre evidência, avaliação individual, preferências e disponibilidade real do método. O uso inadequado dos critérios, como justificativa para impedir uma escolha sem diálogo, contraria a

finalidade de apoiar a qualidade do cuidado (WORLD Health Organization, 2015).

Outro achado foi a necessidade de integrar contracepção e prevenção de IST. A oferta de preservativos, a orientação sobre dupla proteção, a testagem e o encaminhamento oportuno devem fazer parte do cuidado conforme as necessidades identificadas. A separação rígida entre planejamento reprodutivo e saúde sexual pode deixar de abordar riscos e dúvidas importantes (BRASIL, 2013).

A circulação de informações em ambientes digitais foi considerada simultaneamente oportunidade e risco. Huang et al. (2024) identificaram problemas de qualidade em conteúdos de contracepção compartilhados em redes sociais, indicando que a disponibilidade de informação não garante sua confiabilidade. A Enfermagem pode atuar como mediadora, ensinando a reconhecer fontes institucionais, corrigindo informações incorretas e oferecendo canais de comunicação acessíveis (Huang et al., 2024).

4.5. Atuação da Enfermagem e Processo de Enfermagem

A atuação da Enfermagem foi descrita como estratégica por sua proximidade com a comunidade e pela possibilidade de acompanhamento longitudinal na Atenção Primária. A consulta permite identificar necessidades, registrar decisões, orientar o uso e planejar retorno. O acolhimento, por sua vez, pode reduzir barreiras iniciais e encaminhar a pessoa para atendimento adequado, sem transformar a recepção em etapa burocrática (BRASIL, 2013; Rigue et al., 2025).

O Processo de Enfermagem oferece estrutura para organizar esse cuidado. A avaliação reúne dados clínicos e contextuais; o

diagnóstico identifica necessidades; o planejamento define objetivos compartilhados; a implementação realiza intervenções compatíveis com as competências profissionais; e a evolução verifica respostas e necessidade de ajustes. A Resolução Cofen nº 736/2024 estabelece essas etapas de forma inter-relacionada, o que favorece continuidade e registro qualificado (Conselho Federal de Enfermagem, 2024).

A revisão indicou que a prescrição ou orientação de métodos deve ser compreendida dentro de protocolos e competências. A Lei nº 7.498/1986 não autoriza interpretações genéricas e desvinculadas dos programas de saúde pública, das rotinas institucionais e da capacitação profissional. Assim, a segurança depende tanto do conhecimento técnico quanto da observância dos fluxos locais e da articulação com outros profissionais quando necessário (BRASIL, 1986).

A longitudinalidade foi outro aspecto relevante. O acompanhamento permite verificar adaptação, efeitos adversos, uso correto, desejo de troca ou interrupção e surgimento de novas necessidades. A possibilidade de retornar ao serviço sem julgamento é parte da autonomia, pois a decisão reprodutiva pode mudar ao longo do tempo. O método escolhido em um momento não deve ser tratado como compromisso permanente (BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2025).

4.6. Limites e Potencialidades da Assistência

Os resultados sustentam que a Enfermagem pode ampliar o acesso e qualificar decisões, mas não resolve sozinha problemas estruturais. Falta de insumos, distância dos serviços, equipes insuficientes,

barreiras administrativas e desigualdades sociais exigem respostas de gestão e políticas públicas. A consulta individual é necessária, mas não substitui a responsabilidade institucional de garantir oferta regular e fluxo oportuno (BRASIL, 2013; BRASIL, 2022; Ferreira et al., 2023).

Também foram identificadas limitações na produção disponível. O estudo de Rigue et al. (2025), por exemplo, foi realizado com cinco enfermeiras em um serviço específico. Esse tipo de investigação é importante para compreender experiências e significados, mas não permite generalização estatística. Do mesmo modo, a diversidade de abordagens e características dos estudos consultados limita a comparação de desfechos e impede afirmar que uma única intervenção seja superior em todos os contextos (Rigue et al., 2025; Rother, 2007).

Apesar dessas limitações, a síntese mostra convergência entre os estudos quanto à necessidade de cuidado baseado em direitos, comunicação não diretiva, equidade e continuidade. A principal contribuição da revisão é integrar dimensões que muitas vezes aparecem separadas: segurança clínica, autonomia, prevenção de IST, participação dos homens, enfrentamento de desigualdades e organização do trabalho da Enfermagem (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013; WORLD Health Organization, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida permitiu concluir que o planejamento reprodutivo deve ser compreendido como direito sexual e reprodutivo e como dimensão do cuidado integral. Sua efetivação não depende apenas da disponibilidade de métodos, mas também

do acesso a informações confiáveis, do acolhimento, da escuta qualificada e da possibilidade de cada pessoa tomar decisões livres e coerentes com suas condições clínicas, valores e projetos de vida (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013).

A assistência de Enfermagem ocupa posição estratégica, sobretudo na Atenção Primária à Saúde. Por meio da consulta, da educação, do aconselhamento não diretivo, da prevenção de IST e do acompanhamento longitudinal, o enfermeiro pode ampliar o acesso, identificar barreiras e fortalecer a autonomia reprodutiva. O Processo de Enfermagem contribui para organizar um cuidado individualizado, baseado em evidências e articulado às necessidades de cada pessoa (Conselho Federal de Enfermagem, 2024; Rigue et al., 2025).

Os resultados também indicaram que desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais continuam interferindo nas escolhas e na continuidade do cuidado. O enfrentamento dessas desigualdades exige oferta regular de serviços e métodos, qualificação permanente das equipes, comunicação acessível e políticas que considerem as características dos territórios. A corresponsabilidade dos homens e parceiros deve ser estimulada quando desejada pela pessoa atendida, sem retirar dela o poder de decisão sobre o próprio corpo (Trindade et al., 2021; Mare et al., 2022; BRASIL, 2022).

Como limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, a heterogeneidade dos estudos e a impossibilidade de estimar efeitos ou generalizar quantitativamente os resultados. Recomenda-se a realização de pesquisas em diferentes contextos, com avaliação de desfechos da assistência de Enfermagem, qualidade do aconselhamento, continuidade dos métodos e experiência das

pessoas atendidas. Essas investigações podem fortalecer práticas equitativas e humanizadas em saúde sexual e reprodutiva (Rother, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. L. P. et al. Guia sobre sistematização da assistência e processo de enfermagem: desenvolvimento e avaliação de um guia digital. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 76, n. 6, e20220351, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0975pt.

AYALEW, H. G. et al. Prevalence and factors associated with unintended pregnancy among adolescent girls and young women in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. **BMC Women's Health,** v. 22, n. 1, p. 464, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12905-022-02048-7.

BRASIL. **Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar,

estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 9 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 9 out. 2026.

FERREIRA, F. A. et al. Institutional support for the management and delivery of health services by a mobile river clinic unit in the Amazon. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 27, e220194, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.220194.

HUANG, M. et al. Contraceptive content shared on social media: an analysis of Twitter. **Contraception and Reproductive Medicine,** v. 9, n. 1, p. 5, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s40834-024-00262-2.

MACLELLAN, J. et al. Black, Asian and minority ethnic women's experiences of maternity services in the UK: a qualitative evidence synthesis. **Journal of Advanced Nursing,** v. 78, n. 7, p. 2175–2190, 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.15233.

MARE, K. U. et al. Married women's decision-making autonomy on contraceptive use and its associated factors in Ethiopia: a multilevel analysis of 2016 demographic and health survey. **SAGE Open Medicine,** v. 10, p. 1–11, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/20503121211068719.

RIGUE, J. et al. Contribuições de enfermeiras para os direitos reprodutivos no planejamento familiar: estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 78, n. 5, e20240542, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0542.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001.

TRINDADE, R. E.; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F.; FELISBINO-MENDES, M. S. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3493–3504, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19): contraception and family planning.** Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning. Acesso em: 30 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 5th ed. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN 978-92-4-154915-8. Disponível em:

https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158. Acesso em: 11 nov. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 6th ed. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-011558-3. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583. Acesso em: 9