



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LARYSSA RAMOS BESERRA**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conhecendo as vivências e satisfações de casais**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**LARYSSA RAMOS BESERRA**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conhecendo as vivências e satisfações de casais**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus da cidade de Cajazeiras, sendo pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Milena Silva Costa.

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**LARYSSA RAMOS BESERRA**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conhecendo as vivências e satisfações de casais**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus da cidade de Cajazeiras, sendo pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Milena Silva Costa.

**Aprovado em: \_\_\_/ \_\_\_/ 2014.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Milena Silva Costa  
UAENF/CFP/UFCG  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Mércia de França Nóbrega Medeiros  
UAENF/CFP/UFCG/FSM  
(Membro Examinador)

---

Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes  
UAENF/CEP/UFCG  
(Membro Examinador)

**CAJAZEIRAS – PB**  
**2014**

*Dedico a Deus, por todas as bênçãos alcançadas. Em especial ao meu esposo, Júnior e aos meus pais, Luciano Ramos e Maria de Fatima pela força e compreensão durante toda essa longa jornada.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a **Deus**, por ter guiado os meus caminhos até aqui. Pois, muitos foram os medos, obstáculos vencidos, mas com certeza, maiores do que eles foram as minhas vitórias. Hoje, ao redigir este breve e simplório agradecimento, me vem à mente uma mistura de sentimentos, que não conseguirei com palavras expressar toda a minha eterna gratidão a Deus, por ter me guardado de todo mal.

Ao meu esposo, **Geraldo Bezerra de Araújo Júnior**, que foi e é maravilhoso comigo, que esteve ao meu lado nos bons e maus momentos. Que tantas vezes acordou cedo para me levar ao ponto de ônibus, enfrentando vento frio, chuva e quando o carro enguiçava, foram muitos perrengues por nós vivenciados em plena madrugada, mas sempre soube que podia contar com o seu cuidado e carinho.

Você é o melhor presente que Deus podia ter me dado, e por isso sou grata a Deus por sua vida e agora pela vida de nossa filha **Esther Ramos Bezerra**, que ainda nem nasceu, mas tenho certeza que trará mais bênçãos dos céus para nós. Te amo, e saiba que sempre estarei ao seu lado.

Aos meus pais, **Luciano Ramos de Araújo** e **Maria de Fatima Vieira Ramos**, que são os meus maiores exemplos aqui na terra, de luta e fé em Deus. Sou grata a vocês, por todo o amor e cuidado que vocês sempre tiveram comigo. Vocês também fazem parte desta conquista, que não é só minha e sim ela é nossa, pois devo a vocês tudo que eu sou hoje, espero poder dar-lhes orgulho e amor.

Hoje, eu posso ter uma pequena noção do que é o amor incondicional, dos pais para com seus filhos, e isso só faz aumentar ainda mais o meu amor por vocês. Por isso, neste momento quero dizer o quanto amo vocês, e dizer que Deus não poderia ter sido mais generoso comigo em me presentear com pais tão maravilhosos como vocês são.

Aos meus irmãos, **Lorena Vieira Ramos** e **Davi Henrique Vieira Ramos**. Com vocês aprendi a força que a família unida tem, apesar de estarmos longe, gostaria que soubessem que dedico este momento a vocês. Saiba que sempre estarei na torcida, e na expectativa pelo sucesso de vocês, amo demais minha Lory e meu Dal.

Neste final de curso, gostaria de agradecer as minhas amigas, por toda a paciência, compreensão, ajuda, amor e carinho que sempre tiveram comigo, e também por em acolherem de forma tão sincera e amável, junto de vocês. Falar de cada uma é difícil, pois cada uma tem uma personalidade diferente, mas tem em comum o meu respeito e amor.

**Alda Maria Gentil**, que tem me abrigado na residência feminina da UFCG, me dado a sua cama e dormido no colchão no chão, que acompanhou a pior fase da minha gravidez, que foi o meu enjoo, e que tem tido paciência comigo durante todo esse curso, o que posso dizer a você minha amiga, somente agradecê-la, por tudo isso, e dizer que nunca vou esquecer do que você tem feito por nós, não falo só por mim, mas por todos que estamos ao seu redor, te amo, aldinha.

**Altanirys Alves Pereira**, amiga o que dizer de você, uma pessoa que Deus colocou em meu caminho, que me acolheu na sua casa, por várias vezes. Queria agradecê-la por todos os momentos vividos ao seu lado, e te dizer que você e sua família sempre estarão em minhas orações, te amo viu. Não poderia me esquecer de Rildo, um homem íntegro e consagrado a Deus, que Deus colocou em sua vida, que vocês sejam muito felizes.

**Daniele Alves Pereira**, com você amiga aprendi tantas coisas, com o seu jeito humano de ser, que mesmo diante das maiores dificuldades não se deixa abater, te admiro e te amo muito. Saiba que sempre poderá contar com a minha amizade, te desejo toda sorte de bençãos de Deus para você e para Marcos, que vocês sejam muito felizes.

**Jessica Barbosa Sampaio**, cujo o vulgo é Jessica Kaite, amiga foram tantos momentos juntos, que lembrar de um só fica difícil. Saiba que tudo aquilo que construímos durante todos esses anos juntas nada e nem tempo conseguirá apagar. Mas, gostaria que soubesse que admiro muito sua força de vontade e determinação. Saiba que sempre estarei na torcida pela sua felicidade, te amo.

Para finalizar, não poderia deixar de fora os meus pastores, **Pr. Flávio Hipólito** e **Pr. Manoel**, pelas orações. Todos os meus professores e professoras, que podem até me esquecer pelo número de alunos que por eles passam, mas uma coisa é certa jamais esquecerei nenhum de vocês. Gostaria de agradecer também a todos que participaram direta ou indiretamente desta conquista.

Por fim, a professora **Milena Silva Costa**, que me orientou, com muita dedicação e paciência, gostaria que soubesse que sou grata a Deus pela sua vida, e desejo que a senhora receba todo carinho e bondade que nos é dispensada em dobro.

*"Porque aos seus anjos dará ordem a teu respeito, para te guardarem em todos os teus caminhos." (Salmos 91:11)*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRACICLO:** Associação Brasileira dos Fabricantes de Motocicletas
- AEPS:** Anuário Estatístico da Previdência Social
- CAT:** Comunicação de Acidente de Trabalho
- CBO:** Classificação Brasileira de Ocupações
- CID:** Classificação Internacional de Doenças
- CIPA:** Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- CLT:** Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- CONTRAN:** Conselho Nacional de Trânsito
- DAT:** Departamento de Administração Tributária
- DETRAN:** Departamento Estadual de Trânsito
- GESPRES:** Gerência de Saúde e Prevenção
- GIIR-RAT:** Grau de Incidência de Incapacidade Laborativa de Riscos Ambientais do Trabalho
- INSS:** Instituto Nacional de Seguridade Social
- NRS:** Núcleo Regional de Saúde
- SCTRANS:** Superintendência Cajazeirense de Transporte e Trânsito
- SESMT:** Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



BESERRA, Laryssa Ramos. **PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conhecendo as vivências e satisfações de casais.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina, Cajazeiras – PB, 2014, 56p.

## RESUMO

Para ajudar na decisão do casal e de reduzir a mortalidade materna e infantil, o planejamento familiar tornou-se uma das ações dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde, pois oferece a população informações primordiais para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos e das formas conceptivas que melhor adequem as condições de saúde do casal. Este trabalho objetiva em conhecer as práticas de planejamento familiar pelo casal, abordagem da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e satisfação do casal. Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. A população foi composta por 20 casais que realizavam planejamento familiar em duas ESF, da cidade de Pombal – Paraíba. A pesquisa aconteceu entre novembro de 2013 e abril de 2014. A mesma seguiu os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e as informações coletadas foram organizadas a partir da técnica de análise de conteúdo e analisadas conforme referencial teórico. No primeiro momento foi feita a caracterização sociodemográfica dos participantes (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil e profissão), seguindo-se de quatro categorias, sendo a primeira voltada ao conhecimento do casal sobre planejamento familiar, a segunda categoria contempla a realização do planejamento familiar na ESF, à terceira trata das formas de abordagem da equipe da ESF sobre planejamento familiar e a quarta categoria abrange a satisfação do casal na realização do planejamento familiar na ESF. Os resultados da pesquisa revelaram que as mulheres tenderam a iniciar o planejamento familiar por conta própria, e somente após terem o primeiro filho procuraram o serviço de saúde para se prevenir de forma adequada, já os homens apesar de se declarem participativos neste processo, não souberam informar a quanto tempo e como suas parceiras iniciaram planejamento. O desvelamento desse estudo aponta para algumas mudanças que estão ocorrendo, embora que de forma lenta mais gradual, onde os homens já estão sendo instigados a participarem de forma ativa do planejamento familiar, visto que as mudanças oriundas da globalização, força a divisão dos deveres e compartilhamento dos direitos. Considera-se então, que os casais necessitam de um acompanhamento de planejamento familiar de forma integral, e não apenas individual; e que todos os corresponsáveis por essa assistência implemente suas habilidades e competências com esse objetivo.

**Palavras Chaves:** Atenção Básica. Família Planejamento Familiar.

BESERRA, Laryssa Ramos. **FAMILY PLANNING: Know the experiences and couples satisfactions**. Completion of course work (Bachelor of Nursing) Academic Unit of Nursing, Federal University of Campina, Cajazeiras - PB, 2014, 56p.

### **ABSTRACT**

To help in the decision of the couple and to reduce maternal and child mortality, family planning has become one of the primary actions of the Health System services, it offers the primordial population information for the choice and effective use of contraceptive methods and conceptive ways that best suited the health of the couple. This work aims to meet the practices of family planning by the couple, team approach of the Family Health Strategy (FHS) and satisfaction of the couple. This is an exploratory, descriptive and qualitative approach nature. The population consisted of 20 couples who underwent family planning in two ESF, the city of Pombal - Paraíba. The research took place between November 2013 and April 2014. The same followed the principles of Resolution 466/12 of the National Health Council, used to semi-structured interview and the information collected was organized from the technique of content analysis and analyzed according to the theoretical framework. At first he was made sociodemographic characteristics of participants (gender, age, education level, marital status and occupation), followed by four categories, the first being directed to the attention of the couple on family planning, the second category includes the realization family planning in the ESF, the third deals with the ways to approach the FHS staff about family planning and the fourth category covers the satisfaction of the couple in the realization of family planning in the ESF. The results of the survey revealed that women tended to initiate family planning on their own, and only after the first child sought health services to adequately prevent , as men despite declaring themselves participating in this process, they did not know inform how much time and how their partners began planning. The unveiling of this study points to some changes that are occurring, although in a more gradual slowly, where men are now being urged to participate actively in family planning, since the changes arising from globalization , under the division of duties and sharing rights. It is considered that couples require monitoring family planning holistically, not just individual, and we all share responsibility for such assistance to implement their skills and expertise for this purpose.

**Key words:** Couple Primary. Family. Family Planning.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS .....	12
2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL.....	13
2.3 CONTRACEPÇÃO.....	13
2.4 MODALIDADES DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS .....	14
2.5 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	24
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	27
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	27
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	27
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....	28
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	29
4.2 PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DESENVOLVIDAS PELOS CASAIS.....	30
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>49</b>
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	50
<b>ANEXO.....</b>	<b>51</b>
ANEXO A – Termo de compromisso do pesquisador.....	52
ANEXO B – Termo de Compromisso do pesquisador participante.....	53
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
ANEXO D – declaração de autorização da secretária de saúde.....	56

## 1. INTRODUÇÃO

O casal ao estabelecer uma relação conjugal geralmente tem como um de seus ideais, ter filhos, seja de forma planejada ou em algumas situações, não planejada. Ao certo é que o momento para tal decisão perpassa por várias situações, dentre elas a econômica, social, cultural e emocional.

Com o objetivo de ajudar na decisão do casal e de reduzir a mortalidade materna e infantil, o planejamento familiar tornou-se uma das ações dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), pois oferece a população informações primordiais para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos e das formas conceptivas que melhor adequem as condições de saúde do casal (ANDRADE; SILVA, 2009).

Está descrito na Lei brasileira de nº 9.263/96, que é direito de homens e mulheres terem acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade, para que os mesmos possam escolher aquele que melhor atenda suas necessidades. Dentre os profissionais habilitados para ofertar essas ações, estão aqueles que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009).

São esses profissionais que desenvolvem ações educativas de forma individual, com o casal ou em grupos sobre os métodos conceptivos e contraceptivos; eles explicam o uso, vantagens, desvantagens, reações adversas e ajudam na escolha do método para o casal. O enfermeiro como um desses profissionais poderá implementar condutas conforme suas competências, habilidades e suas atitudes deverão responder as necessidades do casal de forma singular e integral.

Ressalta-se que as condutas citadas podem acontecer nos espaços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultórios, escolas, grupos de associação e qualquer outro lugar que seja possível implementar as ações.

Apesar do exposto, observa-se uma questão de gênero, em que nesses espaços há uma maior frequência de mulheres participando do planejamento familiar, e uma baixa frequência dos homens nos serviços de saúde, os quais também são responsáveis pela decisão da concepção ou da escolha do método contraceptivo.

Outros problemas enfrentados são a limitação de conhecimento por parte de alguns usuários no tocante ao uso de métodos contraceptivos; gravidez de adolescentes de forma não planejada; limitação de oferta dos métodos elencados pelo SUS, como por exemplo, os hormonais, barreira, dispositivo intrauterino (DIU), cirúrgicos e o déficit de orientações dos métodos comportamentais (BRASIL, 2009).

Diante das dificuldades expostas, faz-se necessário que a equipe da ESF realize uma abordagem que proporcione além de orientações e oferta do método escolhido, mas também satisfação ao casal. Então, partindo do pressuposto, que o planejamento familiar tem seus objetivos a serem alcançados e que apesar de muitas conquistas, ainda existem lacunas que devem ser sanadas, pois sua proposta inicial engloba o casal, mas tem atingido de forma predominante o público feminino, é que estudos sobre esse tema não devem cessar e sim enfatizar a importância da participação do casal.

Alguns questionamentos surgiram para conduzir o presente estudo: O que os casais sabem sobre o planejamento familiar e como eles estão realizando? Como a equipe de ESF está abordando o tema, na opinião dos casais? Será que existe satisfação do casal na realização do planejamento familiar na ESF?

O estudo se justifica pela necessidade que se tem de ouvir os casais, tendo em vista que à maioria dos estudos sobre o tema enfoca a participação da mulher, deixando o homem excluído, seja por opção deles de não participar de pesquisas, seja por os pesquisadores não priorizarem o homem como integrante do planejamento familiar.

A motivação para trabalhar este tema surgiu a partir da aproximação da pesquisadora com usuários do planejamento familiar durante as vivências acadêmicas das disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva II e Estágio Supervisionado I, em que foi possível observar que havia mulheres que faziam uso de métodos contraceptivos de forma errônea e que os homens não participavam efetivamente das consultas.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para melhor compreensão sobre as lacunas de conhecimento dos casais no tocante ao planejamento familiar, bem como se as formas de abordagens utilizadas pelas equipes estão satisfazendo os casais.

Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento do casal sobre planejamento familiar; investigar a realização do planejamento familiar na ESF; identificar as formas de abordagem da equipe da ESF sobre planejamento familiar, na concepção do casal; e conhecer a satisfação do casal na realização do planejamento familiar na ESF.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos são modernos e atuais no mundo. Foi realizada em Cairo no ano de 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, onde foi tratado pela primeira vez sobre o tema sexualidade. Que representou marco essencial na igualdade dos sexos e proporcionou uma visão mais ampla de seus direitos humanos, onde a saúde sexual e reprodutiva está incluída (MORAIS; VITALLE, 2011).

Dentro dos direitos sexuais incluem-se o direito de viver e expressar-se livremente a sexualidade, com respeito ao parceiro, de escolher o(a) parceiro(a) sexual, garante também o direito de viver inteiramente sua sexualidade sem constrangimento, independente do estado civil, idade ou condição física, o direito de escolher se quer ou não ter relação sexual, se inclui dentre esses direitos o de expressar publicamente suas opções sexuais, é assegurado o direito de livre escolha, sexo seguro com prevenção de gravidez e não planejada e de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana (IST/HIV/Aids) e acesso aos serviços de saúde, além de assegurar sigilo e atendimento e sem discriminação (VENTURA, 2009).

Em 2012, foi publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas um Relatório sobre a Situação da População Mundial, comprovando existir uma só forma de assegurar que todos tenham uma vida sexual e reprodutiva saudável, que é garantindo o acesso a uma vasta gama de serviços, como forma de prevenção e educação em saúde, tais com: o planejamento familiar; o pré-natal, parto e pós-parto; tratamento para infertilidade; divulgação das consequências do aborto clandestino; prevenção, acolhimento e tratamento de IST/HIV/Aids; difusão de informações, educação e aconselhamento sobre sexualidade e saúde reprodutiva; fiscalização e punição a violência contra mulheres (UNFPA, 2012).

Sabe-se que o planejamento familiar envolve ações políticas, econômicas e psicossociais. Diante disto se tornou o foco na ESF, isso demonstra que a família é prioridade para o governo. Dados revelam que a taxa de fecundidade e os problemas que isso acarreta teve uma significativa reduzida, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, ou seja, nas regiões mais desenvolvidas, o que evidencia o status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar, diferentemente do que ocorre no norte e nordeste (SANTOS; FREITAS, 2011).

## 2.2. PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

A consagração do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7º do art. 226 e na Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que define as regras para que os cidadãos possam ser assistidos quanto ao planejamento das suas famílias, tanto com relação à contracepção, concepção e infertilidade (RIBEIRO et al., 2008).

De acordo com Santos e Freitas (2011) planejamento familiar surge como uma ferramenta de assistência materno-infantil e advém de um processo de informação e de educação aos casais e à população em geral, onde se destaca a reprodução, a família na comunidade, o papel da mulher, o papel do pai e do filho como parte integrante da sociedade.

O Ministério da Saúde tomando por base a Constituição Federal de 1988 incube aos profissionais de saúde, assistir na concepção e contracepção do casal, empenhando-se em informar os indivíduos sobre as opções para as duas finalidades, destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil – billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, DIU, hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Esses recursos não podem colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, as quais terão sempre a garantia da liberdade de escolha pela concepção ou contracepção, confirmando-se assim, que o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo. Portanto, não se pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos (BRASIL, 2009).

A saúde sexual e reprodutiva só realmente é efetiva quando a população tem acesso às informações adequadas e suficientes, que lhes possibilitem uma prática segura e consciente, livre de consequências, como o desenvolvimento de IST e de gravidez indesejada, melhorando assim a qualidade de vida e a perspectiva de vida, por isso a importância de um acolhimento eficaz (COSTA, 2010).

## 2.3 CONTRACEPÇÃO

O principal objetivo do programa planejamento familiar é disponibilizar de forma livre e esclarecida ao casal à liberdade de escolha, sem distinção, e para que isso ocorra o profissional deve expor as vantagens e desvantagens de cada método, deve levar em consideração os fatores de riscos, idade, nível socioeconômico, paridade e até mesmo a

religião. Deve ser uma decisão do casal pautada e avaliada pelo profissional, que na ESF é o enfermeiro o responsável (PAZ; DITTERICH, 2009).

A escolha do método contraceptivo deve seguir alguns critérios específicos que são abordados durante o aconselhamento, tais como: eficácia, segurança, reversibilidade à fertilidade, adesão ao método, presença de amenorréia; prevalência de contra-indicações, osteoporose, trombose venosa profunda, hipertensão arterial sistêmica, etc; vantagens não-contraceptivas, onde o custo e o benefício sejam garantidos a cada casal, assim como as condições de gravidez proibitiva ou opcional para o casal, relacionamento sexual eventual ou regular, estável ou não, com um ou mais parceiros, desejo de medida contraceptiva de curto ou longo prazo, idade, condição socioeconômico e cultural, paridade, estado de saúde e adesão, são fatores que interessam no aconselhamento (WANNMACHER, 2006).

Dessa forma, os profissionais de saúde que fazem aconselhamento contraceptivo devem ser competentes quanto às informações prestadas sobre a forma correta de utilização, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios dos vários métodos. E devem ainda, aproveitar a oportunidade para informar sobre a importância da prevenção das IST's (PORTUGUAL, 2011).

#### 2.4 MODALIDADES DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Com o passar dos anos, os avanços tecnológicos e as novas descobertas fizeram emergir novos métodos e hoje, os métodos contraceptivos disponíveis pelo Ministério da Saúde são os métodos hormonais, barreira, DIU, comportamentais e definitivos (POLI et al., 2009).

As mulheres elegeram a pílula anticoncepcional oral como sendo o método contraceptivo mais eficaz. Por isso, no mundo mais de 100 milhões de mulheres optarão por este método, sendo 12 milhões de norte americanas. No entanto, elas entendem que a sua eficácia depende da forma pela qual elas a utilizam. Os hormônios presentes na pílula impedem a ovulação e, conseqüentemente, a gravidez, e por conterem doses mínimas de hormônios devem obedecer religiosamente às recomendações médicas e farmacêuticas (MATTOS; PETERMANN; ROSSI, 2012).

De acordo com os estudos de Wannmacher (2006) os anticoncepcionais orais combinados podem possuir variadas formulações que associam etinilestradiol em baixas doses (<35 µg) a diversos progestógenos, há também anticoncepcionais orais compostos por



progestógenos, sendo que em todos os casos, preferentemente indicados em mulheres lactentes, não-fumantes, com menos de 35 anos de idade.

Acrescenta-se ainda o anticoncepcional de emergência, só deve ser utilizada em casos especiais, como falha ou uso errôneo do método, relação desprotegida ou ainda em casos de violência sexual (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010).

Os contraceptivos citados anteriormente podem causar alguns efeitos indesejáveis, em que geralmente são de fraca intensidade e que surgem com maior frequência nos primeiros meses de tomada e, muitas vezes, regridem espontaneamente. São eles: hemorragias intercíclicas, metrorragia, náuseas e vômitos, mastodinia, cefaleias no período de pausa, alterações do peso corporal, alterações do humor, depressão, veias varicosas, reações cutâneas nos casos dos adesivos e corrimento vaginal, principalmente para aquelas que fazem uso do anel (PORTUGUAL, 2011).

Existe uma gama de vantagens quanto ao uso dos anticoncepcionais que vão desde a regulação do ciclo menstrual, diminuição das cólicas menstruais, diminuição da incidência de gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica (DIP), câncer de endométrio, de ovário cistos funcionais, doença benigna das mamas, miomas uterinos, podendo ser utilizado desde adolescência até a menopausa e por fim a fertilidade retorna com a interrupção de seu uso. Porém, alerta por não proteger contra as IST/HIV/Aids, por isso a necessidades de uma avaliação criteriosa para que não haja maiores danos (BRASIL, 2009).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2010), no tocante aos contraceptivos hormonais injetáveis do tipo mensal, eles possuem formulação semelhante à encontrada na pílula anticoncepcional oral combinada. Porém, diferença está na origem do estrogênio usado que é natural.

O uso dos injetáveis é indicado para aquelas mulheres que necessitem de uma contracepção não dependente da própria mulher; opção de contracepção de longa duração, reversível e de baixo custo; e em situações clínicas como doenças hemolíticas e na epilepsia, intolerância e/ou limitação ao uso dos estrogênios (PORTUGUAL, 2011).

O anticoncepcional injetável de hormônios sintéticos, que se propõem a impedir a ovulação. De aplicação intramuscular a cada 30 dias, quando mensais, podendo ser trimestrais. Deve ser aplicada entre o 1º e o 5º dia do ciclo menstrual, e reaplicada em 30 dias após a primeira dose. A principal vantagem é não ter de tomar a pílula diariamente, evitando riscos de falha do método por esquecimento (MATTOS; PETERMANN; ROSSI, 2012).

Há dois tipos básicos de formulações: injetáveis combinados (mensais) e injetáveis só de progestágeno (trimestrais). Em geral, as menstruações ocorrem na metade do tempo

entre duas injeções, porque o estrogênio da formulação é metabolizado mais rapidamente. Assim, a fase estrogênica do ciclo acontece antes do sangramento. O mecanismo de ação é o mesmo de pílulas combinadas, ou seja, bloqueio ovulatório. A eficácia desses injetáveis é muito alta, próxima de zero falha, desde que sejam corretamente usados (POLI et al., 2009).

Quanto ao manejo clínico, Portugal (2008) recomenda que a aplicação seja injeção intramuscular profunda, até o sétimo dia do ciclo e repetida de 12 em 12 semanas. No pós-parto e pós-aborto, a injeção poderá ser feita durante o primeiro mês ou mais tarde, desde que se exclua a gravidez. Durante o aleitamento materno, a partir da sexta semana pós-parto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007), dentre os efeitos colaterais algumas usuárias relatam: ganho de peso, cefaleia, tontura, sensibilidade dos seios e alterações nos padrões de menstruação, entre elas: menstruação de menor intensidade ou menos dias de menstruação; menstruação irregular; menstruação ocasional; menstruação prolongada e ausência de menstruação.

Acrescentam-se como efeitos indesejáveis: aparecimento de estado depressivo, alteração na morfologia endometrial com acentuada atrofia, que se poderá manter para além do uso do contraceptivo, podendo induzir atraso na retoma da fertilidade (PORTUGAL, 2011).

Sobre o uso dos implantes é um método considerado como eficaz, seguro, reversível, de longa duração e não confere a mulher compromisso diário, por exemplo. Não tendo contra-indicação pela idade e não tem os efeitos colaterais do estrogênio. Não tem efeitos teratogênicos, apesar de poder provocar irregularidades menstruais, que variam entre o “spotting” e a amenorreia, não protege das IST (PORTUGAL, 2008).

Eles constituem uma das alternativas para contracepção de longo prazo, com duração de três anos. Sob formato de cápsulas ou bastões com 68 mg de etonogestrel e aplicador de 40 mm de comprimento com 2 mm de diâmetro são inseridos na região anterior do braço por meio de aplicador específico, e a remoção é feita através de pequena incisão. Pode haver dificuldade para a retirada do implante quando há fibrose no local da inserção. Liberação diária: 35 a 45 mcg no 1º ano; 30 a 40 mcg no 2º ano e de 25-30 mcg no 3º ano, com custo de R\$ 990,00 reais (WANNMACHER, 2006; CARVALHO, 2012).

A inserção do implante é feito em consultório médico, devido o uso de anestesia local. É indicado para mulheres jovens, nulíparas, propensas a desenvolverem a doença inflamatória pélvica, que não adaptaram ao uso dos anticoncepcionais orais, porém tenham HIV, ou alguma incapacidade física ou mental. O índice de falha é baixo, inferior a 0,1%;

sendo tão ou mais seguro que a ligadura tubária, entretanto reversível. Implantes com levonorgestrel mantêm efeitos por até cinco anos (WANNMACHER, 2006).

Os efeitos adversos são similares aos observados com outros contraceptivos somente progestogênicos e anticoncepcionais orais combinados. Dentre os efeitos indesejáveis, estão: cefaleias, aumento do peso, acne, mastodínia, labilidade emocional e dor abdominal (PORTUGUAL, 2011).

Atualmente, os implantes contraceptivos são aprovados para uso em mais de 60 países e utilizados por mais de 11 milhões de mulheres (FEBRASGO, 2010).

O anel vaginal é considerado como um método hormonal com liberação diária de estrogênio e progestina, pode ser aplicado mensalmente, em caso de esquecimento de troca do anel, continuam liberando os hormônios que inibem a ovulação por mais uma semana. Sendo um anel flexível e macio de silicone, com 54 mm de diâmetro e 4 mm de espessura. A eficácia é similar à dos anticoncepcionais orais e após a suspensão, há rápido retorno aos ciclos normais (WANNMACHER, 2006).

Deve se iniciar o método até ao 5º dia da menstruação, introduzindo o anel profundamente na vagina e retirar o anel ao final de três semanas. Segue-se um intervalo livre de sete dias ao fim do qual deve ser introduzido um novo anel. O anel pode ser usado em simultâneo com preservativo ou lubrificante e se a mulher o desejar, o anel pode ser retirado antes da relação sexual. Neste caso, ou se o anel tiver sido expulso, deve ser lavado com água, fria ou morna, e recolocado. Não é necessário retirá-lo para o exame ginecológico (FEBRASGO, 2010).

Os efeitos colaterais estão relacionados a alterações na menstruação, como por exemplo, a diminuição da intensidade e menos dias de menstruação; menstruação irregular; ocasional ou prolongada; chegando até a ausência. Em termos sistêmicos são relatados dores de cabeça, irritação, vermelhidão ou vaginite e ainda supuração vaginal branca (OMS, 2007).

O último método hormonal citado nessa pesquisa é o adesivo, também chamado de contraceptivo transdérmico ou Ortho Erva, o qual é uma placa fina, bege, que libera um estrogênio e uma progestina continuamente. Não é tão eficaz para mulheres com mais de 90 kg e pode irritar algumas patologias cutâneas, como por exemplo, a psoríase em algumas mulheres (SMELTZER; BARE, 2009).

O anticoncepcional em adesivo deve ser usado durante três semanas, fixado nas costas, nádegas ou barriga, fazendo trocas semanalmente. A diferença é que os hormônios caem diretamente na corrente sanguínea, não provocando reações no sistema digestivo. Entretanto, seu custo é mais elevado (MATTOS; PETERMANN; ROSSI, 2012).

São adesivos transdérmicos, do tipo matricial, com área de 20 cm<sup>2</sup> (4,5 X 4,5 cm) cada. Cujas concentrações séricas hormonais são obtidas rapidamente após a colocação, com eficácia similar ao anticoncepcional oral. Sua eficácia se mantém por dois dias, em casos de esquecimento, devido às flutuações dos níveis sanguíneos (WANNMACHER, 2006).

Os métodos de barreira bloqueiam o acesso dos espermatozoides para a cavidade uterina impossibilitando a fecundação. Podem ser classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista. Exemplos de métodos de barreira mecânica: preservativo masculino e feminino; os de barreira química: os espermaticidas e as esponjas e de barreira mista: o diafragma e o capuz cervical. Além do efeito contraceptivo, previnem contra as IST, mas somente o condon oferece alta proteção contra estas doenças, inclusive o HIV/Aids (FEBRASGO, 2010).

O uso do condon, seja feminina ou masculina além de evitar a gravidez, diminui o risco de contrair IST, de fácil acesso pela população. No entanto, o casal deve entrar em consenso, pois existem relatos de casais que não aderiram ao método devido a manifestações ligadas a alérgicas, ao látex ou ao lubrificante, o rompimento durante o coito e diminuição da sensibilidade durante o ato sexual (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

A despeito da escolha existem pontos cruciais que não devem ser esquecidos, tais como marca ou modelo, verificar a integridade da embalagem, o prazo de validade e a presença do selo de aprovação do Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), o tamanho e espessura adequados também são itens importantes não só para a eficácia como também para o conforto do casal (POLI et al., 2009).

Dentre os métodos de barreira, surgiu há cerca de 10 anos o condon feminino, que tem um formato de um tubo transparente apresentando um anel em cada extremidade da vagina, um anel móvel que é colocado internamente, cujo objetivo é ajudar na adaptação do preservativo, sendo que o fixo, é o da extremidade aberta que recobre a região central da vulva, impedindo sua introdução durante o ato sexual. Que deve ser inserido na vagina antes do coito, tendo a finalidade de impedir que o pênis e o sêmen entrem em contato direto com a mucosa genital feminina. Acomodando-se de maneira frouxa, mas segura e para maior conforto a presença de um lubrificante a base de silicone e de alta viscosidade que aumenta a aderência na mucosa genital (FEBRASGO, 2010).

O índice de falhas corresponde a 5 – 20% se comparado a menos de 1% com contraceptivo hormonal oral e DIU de cobre. Em geral, as mulheres mostraram-se satisfeitas com o método que previne não só gravidez, mas como também infecção por HIV e outras IST's. Para diminuir o custo, desenvolveu um novo látex sintético em vez de poliuretano,

preservando os aspectos físicos e não interferindo no desempenho sexual (PORTUGUAL, 2011).

No tocante o diafragma, o primeiro protótipo foi idealizado na Alemanha pelo Dr. Haase em 1882, posteriormente difundidos na Holanda e Inglaterra. Nos EUA começou a ser manufaturado na metade da década de 1920 e posteriormente, surgiram os espermicidas, na década de 1930. Entre os anos 1930 e 1960, o diafragma teve uma grande aceitação, mas com o advento dos anticoncepcionais orais e DIU passou a ser menos utilizado a partir da década de 1960 (MATTOS; PETERMANN; ROSSI, 2012).

O diafragma é um capuz de borracha, côncavo, com borda flexível, que ao ser inserido cobre parte da parede vaginal anterior e o colo uterino. Servindo como uma barreira mecânica que impede o espermatozoide de ascender para o útero. Sendo necessário a medição profissional para determinar o tamanho adequado a cada mulher, pois além de tamanho variados, ainda temos modelos de fabricação nacional e importados. O prazo de validade do diafragma é em média de cinco anos (FEBRASGO, 2010).

No mercado, existem vários tipos de DIU's, os revestido de cobre e o mais moderno, que liberam levonorgestrel (LNG). Esse dispositivo é colocado pelo médico, preferencialmente no primeiro dia da menstruação, dentro do útero. Sendo considerado altamente eficaz, seguro, de longa duração, podendo permanecer no útero por vários anos e não interferem na lactação (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

Apesar de não serem aconselhadas, pelo risco de contrair alguma IST, existem alguns tipos que podem permanecer no útero, pelo menos durante 10 anos. Sua eficácia é maior nas múltiparas e mulheres com mais idade. Não possui efeitos sistêmicos, não interfere com a amamentação, não tem limite de idade para uso, apresenta retorno imediato aos níveis anteriores de fertilidade com sua extração e não protege das IST (PORTUGAL, 2008).

O DIU pode ser usado com duas finalidades distintas, sendo elas: contraceptivas e controlar hemorragias. Por isso, podem ou não ter conteúdo hormonal. Com conteúdo hormonal são indicados quando se pretende, simultaneamente efeito contraceptivo como também controlar a menorragia. Já a utilização do DIU sem conteúdo hormonal pode tornar o fluxo menstrual mais abundante e prolongado (WANNMACHER, 2006).

A “percepção da fertilidade” segundo a OMS (2007) se enquadra dentro dos métodos comportamentais ou baseados na percepção da fertilidade, é a que se dá quando uma mulher sabe dizer quando começa e quando termina o período fértil de seu ciclo menstrual. Às vezes é chamado de abstinência periódica ou planejamento familiar natural.

Para prevenir uma gravidez, o casal precisa evitar o sexo vaginal, durante esses dias férteis, visto que o mecanismo de ação desses métodos é evitar o encontro do óvulo com o espermatozoide. O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide, considerado como cinco dias e o tempo que o óvulo permanece vivo, ou seja, de 24h, sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa desse período, que é variável, de mulher para mulher e, mesmo numa mesma mulher, em cada um de seus ciclos, e isso torna tão arriscado o uso isolado de tal método (FEBRASGO, 2010).

Segundo Portugal (2008) os métodos baseados na percepção da fertilidade conferi ao casal o compromisso de se abster ou de usar outro método nos dias férteis. Devendo-se permanecer atento quanto às mudanças corporais ou fazer um controle dos dias, de acordo com as regras do método específico.

Além de todos estes previamente discutidos, ainda tem os métodos comportamentais, que podem ser baseados no calendário, como o de Ogino-Knauss, em sinais e sintomas, como é o caso do método da temperatura basal, método do muco ou billings e método sintotérmico; amenorreia lactacional e o coito interrompido.

Os métodos comportamentais podem ser utilizados com a finalidade de concepção como contracepção, pois consiste na identificação do período fértil da mulher. Sendo assim, ao intensificar as relações no período fértil, aumenta-se a probabilidade de engravidar, no entanto para os casais que desejam postergar este momento devem se abster nestes períodos das relações sexuais vaginais (BRASIL, 2009).

Sobre o Método Rítmico ou Ogino Knaus, para se iniciar este método a mulher deve registrar o número de dias de cada ciclo menstrual durante, pelo menos seis meses. O primeiro dia da menstruação é sempre o dia número 1. O ciclo menstrual começa no primeiro dia da menstruação e termina no último dia antes da menstruação seguinte. A mulher subtrai 18 da duração do seu ciclo mais curto, estimando assim, o primeiro dia de seu período fértil. Em seguida, ela subtrai 11 dias da duração do seu ciclo mais longo, que corresponde ao último dia de seu período fértil (FEBRASGO, 2010).

Se o casal tiver relações sexuais vaginais nesses dias deverá associar outro método como, por exemplo, o preservativo. Se optarem por coito interrompido ou os espermicidas, deve ser orientados quanto a baixa eficácia destes métodos (PORTUGAL, 2008).

De com o Ministério da Saúde, a tabela não é indicada após o parto ou durante a amamentação, ou para adolescentes e mulheres na pré-menopausa que estejam apresentando ciclos menstruais irregulares (BRASIL, 2006).

No tocante a Temperatura Basal, baseia-se nas alterações que os hormônios provocam na temperatura do corpo ao longo do ciclo menstrual. Sendo perceptível aumento da temperatura basal pelo menos 0,5 °C após a ovulação; o casal poderá ter relação sexual desprotegida aconselhada após três dias da elevação da temperatura. A avaliação da temperatura pode ser vaginal, oral ou retal, após 6 horas de sono. Quanto sua eficácia depende de seu uso correto e da cooperação de ambos os parceiros, ou seja, a eficácia será maior se o casal não tiver relação sexual com penetração vaginal no período fértil (PORTUGUAL, 2011).

Já o Método de Muco Cervical, também conhecido como Billing, baseia-se no acompanhamento das alterações que ocorrem no muco cervical aumentando em volume e/ou elasticidade, ao longo das várias fases do ciclo menstrual, na fase pré-ovulatória, devido à ação hormonal (BOUZAS; PACHECO; EISENSTEIN, 2004).

No início o muco cervical é escasso, opaco e viscoso, aumentando progressivamente em quantidade e tornando-se claro, transparente e elástico, como a clara de ovo crua. Porém, na fase não fértil o muco tem pouca elasticidade. No período de fertilidade máxima a elasticidade pode atingir os 15 a 20 cm em elasticidade, quando distendidos entre os dedos. É a observação diária do muco, e a evolução das suas características, que permitirá à mulher identificar os dias férteis, durante os quais não deverá ter relações sexuais vaginais desprotegidas. Para que não haja uma leitura incorreta a mulher investigar a existência de corrimento devido à infecção cervical ou vaginal (FEBRASGO, 2010).

Promovendo o aleitamento materno ouve a inclusão do Método de Lactação e Amenorreia (LAM) em programas de planejamento familiar, no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Tendo efeitos positivos de índices de morbidade e hospitalização em crianças cujas mães foram orientadas em relação à LAM e motivadas a manter lactação exclusiva até os seis meses (FEBRASGO, 2010).

O método só é realmente eficaz quando a mãe amamenta seu bebê exclusivamente de leite materno, durante o dia e a noite. Porque com a sucção da mama pelo recém nascido (RN), há uma produção de prolactina, responsável por inibir a atividade ovariana, através do beta-endorfina hipotalâmica, que reduz da impulsionalidade dos hormônios gonadotróficos nas mulheres, e estudos indicam que após a primeira menstruação aumenta a chance de falha. Tal método deve ser primeira escolha, por não interferir na lactação ou no sistema hemostático, sendo sempre avaliado quando a adesão pela cliente. Porém, a mulher deve conhecer os efeitos contraceptivos do método de LAM e permanecer em amenorreia, amamentação exclusiva, onde os intervalos entre as mamadas não devem ultrapassar às seis

horas, e bem informada para que assim que necessário ela inicie outro método (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

Outro método comportamental é o coito interrompido, sendo definido como a remoção do pênis da vagina antes da ejaculação. Requer cuidado controle por parte do parceiro masculino. Promove o envolvimento do homem e a comunicação do casal. Pode ser utilizado como método principal ou como método de apoio. É um dos métodos contraceptivos menos eficazes. Existem algumas estimativas de que ocorrem cerca de 27 gravidezes por 100 mulheres cujo parceiro utiliza o coito interrompido no primeiro ano de relação. Contudo, alguns homens utilizam este método com eficácia. (SMELTZER; BARE, 2009).

Sobre os métodos cirúrgicos, do ponto de vista vernáculo, esterilizar significa tornar estéril ou infecundo; do ponto de vista médico, significa impedir por ato cirúrgico e de forma definitiva, a concepção (FEBRASGO, 2010).

A contracepção definitiva ou esterilização seja ela masculina ou feminina, é um procedimento cirúrgico de alta eficácia e irreversível, só deve ser feito de forma voluntária e informada quanto às vantagens e desvantagens. Tal procedimento consiste na secção e ligadura ou oclusão das tubas uterinas, laqueadura nas mulheres e a vasectomia nos homens, isso ocorre nos canais deferentes (VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008).

De acordo com a LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, foi decretada pelo Congresso Nacional e sancionada presidente da república, a seguinte Lei:

“Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: [...]

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes (BRASIL, 1996, s/p).

A laqueadura tubária apresenta como vantagens preservar o efeito na função hormonal e no ciclo menstrual; não interfere na amamentação e nem na libido. Já em relação às desvantagens: não protege contra IST e pode apresentar complicações cirúrgicas como infecção, hemorragia, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais; complicações anestésicas; e maior risco de gravidez ectópica, no caso de falha do método. Já quanto à vasectomia, é importante ressaltar que o homem continua ejaculando, produzindo líquido seminal e secreção



prostática só que sem a presença de espermatozoides. Não há efeitos sobre a libido ou a ereção, e a atividade sexual não sofre modificações, além de oferece menos risco do que a laqueadura tubária (BRASIL, 2009).

Os profissionais de saúde devem atuar desfazendo mitos e quebrando tabus sobre a vasectomia que permeia a imaginação da população, tais como: não remove os testículos, na vasectomia, os tubos que transportam o espermatozoides vindo dos testículos são bloqueados, os testículos permanecem intactos; não diminui o desejo sexual; não afeta a função sexual. A ereção de um homem continua a mesma, dura o mesmo tempo e ele ejacula tal como antes. Não faz com que um homem engorde ou fique mais fraco, menos masculino ou menos produtivo. Não provoca quaisquer doenças mais adiante na vida e não previne a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV (OMS, 2007).

## 2.5 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Planejamento Familiar é uma ação em saúde que tem sido reconhecido como uma necessidade do ser humano, mas apresenta controvérsias entre o que é praticado pela Sociedade e o que é normatizado pelo Estado e, ainda, disponibilizado pelos serviços de saúde. Esta prática de saúde e social, basicamente concretiza-se, nas instituições de saúde, como por exemplo, na ESF, que assume para si a responsabilidade de assistir e educar a população (COELHO, 2005).

Dentre as ações da ESF no que concerne ao planejamento familiar, emergem o acolhimento, as consultas individuais e/ou em grupos e ações educativas como ferramentas essenciais para ajudar nas decisões do casal quanto à formação de sua família (MACHADO et al., 2007).

Segundo Caixeta (2009) com a consolidação da ESF, os municípios tem hoje incorporado ações de promoção, proteção e recuperação da saúde tanto do indivíduo, como família e comunidades. O enfermeiro que compõe a equipe possui atribuições específicas, tais como: a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, transcrição de medicações, de acordo com protocolos e critérios estabelecidos em programas ministeriais e segundo as disposições éticas e legais da profissão. Sendo uma oportunidade para fortalecimento de vínculo, entre o profissional e o paciente, onde são identificados os problemas ou agravos a saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do mesmo.

Respaldo também pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498, a equipe de enfermagem desenvolve suas atribuições também no Planejamento Familiar. Sendo assim, o enfermeiro durante as consultas individual ou ao casal presta cuidados utilizando-se como uma de suas ferramentas, processo de enfermagem que tem como Resolução 358/09 do COFEN, considerado como um instrumento metodológico, que oferece ao profissional um atendimento individualizado e com embasamento teórico. Apesar de ainda ser pouco aplicado nas consultas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, é um instrumento de alta relevância para este profissional (CLAUDIO et al., 2013).

Dentre as atribuições do enfermeiro na UBS, estão: atuar junto à equipe; participar e promover ações de educação permanente; realizar atividades de educação em saúde, atuar no núcleo de saúde coletiva e por fim realizar a consulta de enfermagem (SOUZA et al., sd).

Porém, no planejamento familiar a enfermagem possui características próprias, em toda consulta de enfermagem, o profissional deve estabelecer um vínculo, passando confiança, de forma que o cliente interaja, expondo suas demandas, tanto orgânicas, como psicológicas. Tomando por base, as informações colhidas, deve se eleger as informações cabíveis para aquele momento, não perca o foco, e nem se desvie a atenção do usuário, porém sempre atenta às dúvidas (SOUZA et al., sd).

Fornecer o método elegido pelo casal, não havendo razões de caráter médico que o impeçam, também compõe suas atribuições. Assegurar que as informações foram bem assimiladas pelo utente, fornecer material impresso em casos de dúvidas e manter-se sempre a disposição para maiores esclarecimentos também são indispensáveis para uma boa consulta de enfermagem (MENDES, 2011).

Cabe ao técnico de enfermagem, a realização de procedimentos básicos de enfermagem, promover o autocuidado, vínculo, acolhimento ao realizar atendimento coletivo ou individual (SOUZA, et al., sd).

Aos agentes comunitários de saúde (ACS) compete uma nobre atribuição, de elo entre a população com a comunidade, identificando os principais agravos à saúde de determinada área de atuação, traduzindo aos profissionais da ESF a realidade vivenciada individualmente, desenvolvendo ações de educativas bem direcionadas diante as demandas, com ênfase na promoção de saúde e na prevenção de doenças. Orienta a comunidade quanto ao uso adequado dos serviços disponíveis na unidade (SILVA; RIBEIRO, 2009).

No tocante, das atribuições médicas, estão as intervenções nos casos mais complexos, que necessitam de um aparato médico e muitas vezes de encaminhamento para especialista

ginecologista, por exemplo, para que seja sanado o problema e para que o casal tenha plena condição de planejar sua família (REZENDE et al., 2010).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo derivou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, e qualitativa. O estudo descritivo destinou-se na observação, no registro, na análise dos dados correlacionando-os sem manipulá-los. Indispensável na busca de conhecer as variáveis de circunstâncias que ocorrem no cotidiano e na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento do ser humano, tanto na sua coletividade como isoladamente (VILELA, sd).

A abordagem exploratória vinculou-se na familiarização de um assunto sob um novo plano, ou ótica ainda pouco conhecida e explorada, no caso, do planejamento familiar – a satisfação do casal. Ao final, resultou em subsídios para construir hipóteses. Utiliza-se ainda uma abordagem qualitativa, quando o pesquisador deseja entender detalhadamente um determinado assunto; situações; eventos; interações comportamentais observados, entre outros parâmetros (SILVA; MENEZES, 2005).

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado por meio de visitas domiciliares, aos casais devidamente cadastrados de duas UBS do município de Pombal-PB. A população total do município em questão, de acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2013, é de 32.110 habitantes, e está localizada há 370 km de distância de sua capital, João Pessoa. Conta com 11 equipes de ESF, sendo 08 da zona urbana e 03 na zona rural (IBGE, 2013).

A pesquisa aconteceu entre novembro de 2013 e abril de 2014. As UBS selecionadas são constituídas por equipes multiprofissionais, constituídas por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações que a equipe desenvolve está o planejamento familiar. Entende-se que as unidades em questão para o estudo atenderam aos requisitos básicos para a construção da pesquisa.

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os casais que realizaram planejamento familiar durante o período da coleta de dados nas respectivas ESF. E a amostra foi delimitada por saturação das falas a partir dos seguintes critérios de inclusão: casais com união estável e não

estável que são cadastrados na UBS; homens e mulheres que tenham no mínimo 18 anos de idade. Como critério de exclusão foi de adotado para quando um dos parceiros estivesse impossibilitado de responder aos questionamentos. Dessa forma, participaram do presente estudo, 20 casais.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se entrevista semi-estruturada, que conteve os seguintes tópicos: dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil e profissão) e questões específicas, que abordou o que eles entendiam por planejamento familiar, qual a importância desta ferramenta, como a ESF tem abordado o tema, e por fim, se havia satisfação do casal na realização do planejamento familiar. As respostas foram gravadas após explicação dos objetivos.

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para que houvesse o processamento da coleta de dados, foi solicitado à autorização a Secretária de Saúde da cidade de Pombal, para que se pudesse ter acesso as UBS da zona urbana do município. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e somente após a sua aprovação, se deu o primeiro contato com as UBS, e posteriormente com os casais em seus domicílios para exposição dos objetivos, mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após a assinatura do mesmo o início da coleta dados através da entrevista semi-estruturada.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados em categorias conforme a técnica de análise de conteúdo, que segundo Mozzato e Grzybovski (2011) consiste nas análises dos dados devem obedecer às fases cronológicas, que devem iniciar com a pré-análise que é a fase de organizar os dados, através de leitura; escolha dos documentos; formulação das hipóteses e dos objetivos e referenciação dos índices e elaboração.

Posteriormente, inicia-se a fase de exploração do material com a definição de categorias, identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Sendo também denominada de fase de descrição analítica, pois é nela que o *corpus* (material

textual coletado) é estudado profundamente, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Na última fase, é feito o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Importante, por condensar e destacar as informações, que leva a interpretações inferenciais, análise reflexiva e crítica (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Posteriormente, os resultados foram analisados conforme a literatura pertinente.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao CEP da Faculdade Santa Maria, obedecendo os aspectos éticos previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A Resolução 466/12, resguarda a privacidade e a liberdade de todos aqueles cidadãos que colaboram com as pesquisas científicas. Sendo necessário e indispensável o consentimento livre esclarecido, onde eles declaram estar cientes dos objetivos da pesquisa e que os aspectos éticos legais estão preservados (BRASIL, 2012).

A pesquisa não implicou em expor aos pesquisados a nenhum risco seja ele físico ou químico, nem constrangimento, pois os dados foram mantidos no mais absoluto sigilo. Portanto, para a preservação da identidade dos participantes na apresentação dos resultados, seus nomes foram substituídos pela palavra “Casal”; eles foram enumerados de 1 a 20, conforme ordem de realização da entrevista; e as respostas das mulheres foram identificadas pela letra F de feminino e os homens pela letra M de masculino.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir das respostas dos casais e para atender aos objetivos propostos, optou-se em apresentar inicialmente a caracterização sociodemográfica dos participantes, seguida da análise dos relatos obtidos através de entrevista semi-estruturada, que foram agrupadas em quatro categorias. Os homens e mulheres foram entrevistados por meio de visitas domiciliares e separadamente para que não houvesse interferência nas respostas. Os homens foram primeiramente ouvidos. Cada entrevista foi associada à ideia proposta de modo que possibilitasse a interpretação dos dados, baseando-se na literatura.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 20 casais, cuja faixa etária feminina foi dos 18 aos 36 anos, e a masculina dos 20 aos 47 anos de idade. Essa faixa etária caracteriza o público alvo da Política Nacional de Planejamento Familiar (Lei nº. 9.263/96), que traz uma proposta de trabalho voltada para as famílias (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Observou-se que dentre os 20 casais participantes, 13 casais declararam-se legalmente casados, e sete casais em união estável. O estado civil foi importante se destacar, pois ao estarem em um relacionamento estável muitas mudanças ocorrem na vida do homem e da mulher, onde as suas responsabilidades e deveres agora são elementos essenciais para uma vivência familiar saudável.

Segundo Silva (2008) é neste cenário que emergem muitas expectativas e idealizações futuras, sendo também um lugar de felicidade onde o amor e a sexualidade são fundamentais.

Dos casais, 11 mulheres afirmaram terem concluído o ensino médio e dentre estas quatro ainda estudavam, já os homens apenas nove concluíram o ensino médio. Isso demonstra, que os homens sentem mais cedo à necessidade de se tornarem autossuficiente, pelo menos financeiramente. Contudo as mulheres, apesar de terem maior escolaridade que os homens, ainda sofreram o impacto da responsabilidade de um casamento ou união estável, principalmente aquelas que tiveram filhos. As necessidades financeiras são os pontos principais para a interrupção dos estudos. Segundo Carneiro (2012), a escolaridade como

sendo um indicador sociocultural, por ser fácil acesso e com poder transformar o cenário vivido.

No tocante as profissões, apenas duas mulheres eram do lar, quatro se declararam vendedoras, quatro possuíam carteira assinada, entre outras. Já os homens, declararam possuir vínculo empregatício, três possuíam carteira assinada, e se declararam ser a principal fonte de renda do lar. Isso reflete a realidade vivenciada pelos casais de baixa renda, onde são obrigados a deixarem os estudos e a possibilidade de melhores colocações mais, pelo bem estar financeiro de sua família.

As mulheres tanto quanto os homens, hoje em dia demonstram a necessidade de serem independentes e de ajudar nas despesas orçamentárias de seus lares, proporcionando aos seus filhos melhores condições de vida. Isso faz com que o homem seja inserido cada vez mais nas responsabilidades domésticas e na criação dos filhos, bem como no planejamento familiar (CARNEIRO, 2012).

#### 4.2 PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DESENVOLVIDAS PELOS CASAIS

As categorias contemplaram perguntas sobre o conhecimento do casal a respeito do planejamento familiar, realização do planejamento familiar na ESF, às formas de abordagem da equipe da ESF sobre planejamento familiar, que foram confrontados com a literatura.

##### **Categoria 1 - Conhecimento do casal sobre planejamento familiar**

Esta categoria contemplou a compreensão dos casais entrevistados a respeito do que eles entendiam por planejamento familiar, bem como buscou-se conhecer a forma que esses casais iniciaram o planejamento familiar e se tiveram alguma orientação profissional.

Quanto à definição percebeu-se uma limitação na hora de definir, tanto para os homens, como para as mulheres, que buscavam explicar o significado restringido ao seu núcleo familiar, como é explicitado pelas falas a seguir.

*“Planejamento familiar é uma família estruturada, ter boas relações uns com os outros, com filhos, isso é o que eu entendo por planejamento familiar. É uma forma de organização, para facilitar o futuro dos filhos e meu e dele (marido).” Casal 02 F.*



*“É como o nome já diz, é planejar sua família, dentro de suas condições. Hoje as coisas são muito diferentes de antigamente, quando o povo morava no sítio, não tinha doença como hoje.” Casal 02 M.*

*“É a forma que as famílias têm para organizar o futuro, pois hoje em dia as coisas são muito difíceis por causa da concorrência que vivemos hoje.” Casal 06 F.*

*“O planejamento familiar é uma forma que as famílias têm para se planejarem o tamanho de suas famílias, para ter condições de dar uma vida melhor, para que os filhos tenham um futuro melhor.” Casal 06 M.*

É importante ressaltar que os casais foram entrevistados separadamente, para que não houvesse interferência nas respostas. Durante as entrevistas, ficou nítido que as mulheres apresentam menos receio e timidez ao falar sobre o tema, passando a impressão que os homens possuíam pouca familiaridade com tal rotina familiar, apesar deles relatarem participar ativamente com a sua esposa nas decisões de planejamento familiar.

O Planejamento familiar é uma ação de saúde, que foi aprovada pela lei de nº 9.263/96, que vai proporcionar ao casal um pensamento crítico, que lhes darão subsídios suficientes de participarem de forma consciente na eleição do método contraceptivo ou conceptivo, tornando esses capazes de decidirem o momento certo de aumentar a família e também o tamanho da mesma (DANTAS; CARVALHO; SILVA, 2013).

No cenário atual surgem vários estudos que procuram trazer o homem para esta realidade, visto que a concepção é o resultado natural do ato sexual. A maior dificuldade é ainda a falta de estrutura física com espaços destinados ações educativas, e pela falta de capacitação e treinamento dos profissionais pelos gestores, tanto no que diz respeito às orientações, quanto para integração dos homens nesta rotina (PIERRE; CLAPIS, 2010).

A maioria das mulheres participantes do estudo iniciou o planejamento familiar por conta própria, sem procurar aconselhamento profissional. Somente procuravam a UBS quando sabiam que poderiam se beneficiar com a aquisição dos anticoncepcionais, isso fez com que essas mulheres tivessem acesso a informação, seja pela enfermagem ou pelo médico, ou quando estavam grávidas, como segue as falas:

*“Foi logo quando eu casei, eu passei um ano tomando aí depois não, eu deixei por conta própria, com uma semana eu engravidei. Quando eu morava fora eu comprava, mas quando eu cheguei aqui, eu fiz o planejamento familiar lá e eu fico pegando lá, mas é difícil porque*

*nunca tem, mas depois que eu ganhei neném eu tomo até hoje, há 14 anos, que eu tomo. Eu não quero mais ter filhos e nem o médico liga só com um, eu já tenho 38 anos também, às vezes eu penso em ter mais, ao mesmo tempo eu desisto, não quero ter mais não. Assim que eu casei eu fui no médico e passou, passou até triquilar, mas eu não me dei com ele, aí ele passou outro e eu também não me dei, aí eu por conta própria, através de conversar com amigas eu comecei a tomar microvilar até hoje.” Casal 03 F.*

*“Eu não sei não. Mas, ela passou a ir para o posto depois da nossa menina, ela ficou com medo de engravidar novamente.” Casal 03 M.*

*“O pior que não, eu já casei grávida, não planejei como se diz a história. Aí depois que eu tive ela, eu fui lá no médico e comecei a tomar o comprimido, mas não me dei, aí passei um tempo tomando injeção, mas também não me dei, eu inchava demais, eu tenho problema hormonal, e a dosagem muito alta eu não me dei. Agora eu estou me prevenindo com camisinha, ejaculando fora, essas coisas, aí depois de sete anos foi que eu engravidei novamente, desta vez foi mais planejado mesmo.” Casal 05 F.*

*“Quando casamos ela estava grávida, aí depois disso foi que ela passou a tomar os remédios direito, mas ela nunca se deu com eles sempre tinha alguma coisa, hoje ela não toma mais porque a médica dela proibiu.” Casal 05 M.*

*“Ela tomou anticoncepcional durante um ano, aí ela parou e teve meu menino, depois disso foram 11 anos, com ela doente com inflação, porque tinha endometriose, quando descobriu fez um tratamento, com um anticoncepcional que ela passava seis meses sem descer, ela ainda tomou quatro vezes, quando terminou conseguimos ter uma menina, nem esperava mais ter uma filha.” Casal 18 M.*

*“Quando eu casei comecei por conta própria, tomei por um ano, foi quando tivemos o nosso primeiro filho, depois da minha cirurgia eu tive muitos problemas com inflamação, somente há uns quatro anos descobri a endometriose, fiz vários tratamentos, já tinha me conformado que não conseguiria mais ter filhos, foi aí que engravidei novamente, graças a Deus. Casal 18 F.*

Algumas outras mulheres só iniciavam o planejamento familiar após o primeiro filho, onde as equipes de saúde aproveitavam a ida das mães a EFS, para inseri-las no programa de planejamento familiar, e agora sim as mães deram a importância às medidas simples podem ajudá-las a terem uma vida com mais qualidade e saúde.

Quanto aos homens, alguns não souberam dizer com exatidão como se iniciou o planejamento familiar e se tiveram acompanhamento profissional. Dentre os casais entrevistados, houve apenas um casal onde o cônjuge não queria ter mais filho, para isso ele

mesmo comprava e dava todas as noites a sua esposa o anticoncepcional, o que causou uma instabilidade emocional nela, que tinha grande desejo de ser mãe novamente, agora com mais de 40 anos se queixa por não ter tido, mesmo contra a vontade dele.

A educação tida como tradicional, que geralmente é dada as mulheres, acaba reprimindo indagações importantes, visto que hoje a vida sexual se inicia cada vez mais cedo. No estudo de Silva e Glasman (2008) apesar de voltar-se aos homens, deixa transparecer que tal educação acaba sendo prejudicial, forçando a busca voluntária de informações, sem que os pais possam avaliar as fontes que exercem influencias aos seus filhos, no tocante com as mulheres ainda enfrenta o preconceito diante dos assuntos relacionados à sexualidade e a reprodução.

## **Categoria 2 - Realização do planejamento familiar na ESF**

Esta segunda categoria busca revelar a quanto tempo os casais entrevistados estão inseridos no programa de planejamento familiar, e qual a importância do seu papel para que haja êxito.

As mulheres diferentemente dos homens souberam informar o tempo de participação no planejamento familiar.

*“Depois que ela teve o meu primeiro menino.” Casal 08 M.*

*“Desde que tive meu primeiro filho passei a tomar direitinho, faz uns três anos.” Casal 08 F.*

*“Moça isso eu não sei te dizer, mas acho que desde que casamos que ela toma os comprimidos.” Casal 17 M.*

*“Vixe já tomei muito tempo, sou casada há 7 anos, então já tomei seis anos.” Casal 17 F.*

Ao serem indagadas sobre o tempo de ingresso no programa de planejamento familiar, percebeu-se que as mulheres diferentemente dos homens souberam informar o tempo de uso de métodos anticoncepcionais. E outro aspecto que se confirmou, foi que a maioria das mulheres entrevistadas só iniciava da forma correta o planejamento familiar, após uma gravidez não planejada.

Quanto aos homens, tal indagação possibilitou uma reflexão sobre até que ponto eles são realmente participativos, já que eles mesmos se declaram ser ativos neste aspecto.

O avanço das tecnologias e da ciência culminou na criação das pílulas anticoncepcionais, que proporciona as mulheres maior autonomia, visto que antigamente o sexo estava intimamente ligado à reprodução, e agora está ao prazer (SILVA; GLASMAN, 2008). A história revela em todas as sociedades, que a sexualidade sempre esteve vinculada como forma de prazer ou procriação. Atualmente vivenciada de forma livre e antes do matrimônio. A prática anticoncepcional tem sido vista como responsabilidade feminina (CARNEIRO, 2012).

Quando se questionou sobre a sua importância no planejamento familiar, foi unânime a visão masculina, quanto à feminina. Os homens ressaltaram sua importância no suporte financeiro, já que na opinião deles era fundamental para que houvesse um bom desenvolvimento familiar. Já as mulheres resgataram valores primordiais e elementares em suas concepções, incluindo o cuidado biopsicossocial de cada integrante de sua família, como está explícito nas falas a seguir:

*“Nessa questão de filhos eu deixo com ela, eu só digo a ela para se cuidar, porque as minhas condições são poucas e ter um filho nos dias de hoje é muito caro.” Casal 04 M.*

*“Sempre converso com meu esposo sobre esta questão, acho que ainda não estamos estruturados o suficiente para termos um filho, nem psicologicamente e nem financeiramente, mas já percebo que muitas coisas já mudaram acho que já esta nascendo uma vontade ainda que reprimida pelos trabalhos do dia a dia, uma vontade de aumentar a família.” Casal 04 F.*

*“É dar apoio, atenção, pois ela teve muito medo de não conseguir engravidar, por ela já ter tido um aborto.” Casal 13 M.*

*“Eu e meu marido conversamos muito, eu noto que ele tem mais vontade que eu de ter logo, mas como eu já tive um aborto e tenho medo de passar por tudo aquilo novamente, vamos esperar mais um pouco.” Casal 13 F.*

*“A importância é mais para a mulher mesmo, quando casa, dizem que o homem é o chefe, mas não é não, porque tudo é a mulher que toma de conta. O homem quer ter filho, quer que a mulher tenha filho, mas ele não tem a responsabilidade que a mulher tem não. A mulher tem que educar, ver as amizades, ter tudo, aqui em casa tudo sou eu. Eu trabalho o dia todo, só que aí quando tá acontecendo alguma coisa com ele, eu é quem tenho que tomar as providências. Mas, eu acho que deveria mudar, porque os dois teriam que ter a mesma responsabilidade. Graças a Deus o meu marido não é um dos piores, aqui a gente sempre conversa nós três.” Casal 10 F.*

*“Eu procuro manter em dia as contas de casa, se os meninos precisam de um remédio, de alguma coisa. Por mim teríamos mais filhos, mas ela não quer agora.” Casal 10 M.*

Diante deste questionamento, os casais puderam fazer uma reflexão pessoal, que evidenciou suas naturezas, seja ela feminina, ou masculina. As mulheres se achavam mais atarefadas com as responsabilidades, porque segundo elas além de serem mãe, esposa, donas de casa, ainda trabalhavam fora para ajudar nas despesas mensais.

Nas opiniões expostas, ficou explícito que todos os casais se preocupavam com a forma que estão conduzindo e planejando suas famílias, embora com visões bem diferentes. A definição quanto a sua importância no planejamento familiar só ficaria prejudicada se não houvesse compreensão da necessidade de unificar os dois pensamentos para um bem em comum.

Já se sabe da importância do homem neste processo, porém a realidade é bem diferente, pois a mulher sempre esteve mais sensibilizada e participativa no que diz respeito ao planejamento familiar. Já o homem encontra mais barreiras a serem vencidas, como por exemplo, as barreiras culturais, com raízes machistas e preconceituosas, na hora de falar em especial sobre sexualidade e reprodução, por esse motivo temos uma maior participação das mulheres (DANTAS; CARVALHO; SILVA, 2013).

Tais das mudanças sociais, em que estamos enfrentando, têm modificado as características marcantes dos homens, que por muito tempo “ser homem” implicava diretamente em ser o invulnerável, provedor, viril e forte da casa, hoje com a inserção das mulheres no mercado de trabalho aos poucos se vem modificando este cenário, colocando o homem a par de outras responsabilidades bem conhecidas pelas mulheres, como responsabilidades pela vida sexual, reprodutiva do casal, criação dos filhos e atividades domésticas (SILVA; LEMOS, 2013).

As divergências entre os pensamentos masculinos e femininos, poderá ser modificada ao passo em que eles sejam incorporem a esta realidade, sendo assim se tornando cada vez mais participativo do planejamento familiar e tendo mais acesso a prevenção e promoção em saúde (SILVA; et al., 2010).

### **Categoria 3 - formas de abordagem da equipe da ESF sobre planejamento familiar**

Esta categoria buscou conhecer como tem sido realizada a consulta de enfermagem e quais os meios ou estratégias utilizadas pelas ESF para expansão do planejamento familiar,

estas indagações são de suma importância para entender até que ponto esses profissionais conseguem atingir essas famílias.

A primeira e grande realidade a ser exposta sobre como tem sido realizada a consulta de enfermagem é a de que o público principal é o feminino. Porém, as mulheres entrevistadas, que moram em bairros de baixo poder aquisitivo, onde a demanda é superior nas ESF, relataram uma certa limitação da consulta, deixando transparecer um grau de descaso por parte da enfermeira, quanto a necessidade de mantê-las bem informadas. E os homens relataram nunca terem acompanhado suas esposas, com tal finalidade na UBS e nem souberam informar como eram feitas.

*“Eu acho que ela tem a consulta sim, porque ela sempre vai ao posto pegar os remédios.” Casal 14 M.*

*“A enfermeira do meu posto é ótima, mas confesso que nunca tive uma consulta de enfermagem, sempre que vou lá fazer citológico conversamos muito sobre essas questões.” Casal 14 F.*

*“E as enfermeiras também fazem consultas?! Eu acho que sim, porque ela sempre vai ao posto pegar os remédios.” Casal 20 M.*

*“Nunca conversei sobre essas coisas com a enfermeira, eu vou lá pego o meu remédio e pronto.” Casal 20 F.*

Diante do exposto pelas entrevistadas, a consulta de enfermagem acaba sendo ignorada frente às outras demandas, visto que na maioria dos postos médicos existe um calendário semanal, com dias pré-fixado para cada demanda em específica, mas a demanda de planejamento familiar é classificada como livre ou espontânea, que acaba sendo prejudicada, devido o pouco tempo investido para escuta ativa pelo profissional, que influencia diretamente nas orientações repassadas, a falta de investigação do risco benefício quanto ao método elegido, o acompanhamento à presença ou agravamento dos efeitos colaterais, e até mesmo o questionamento do enfermeiro ao usuário em relação ao uso do método anticoncepcional, para se sanar as dúvidas, oriundas do uso e os equívocos cometidos por algumas mulheres, que quando não detectados podem gerar frustração e descrédito quanto ao método e/ou ao serviço.

Sendo primordial, aos profissionais que atuem diretamente na atenção primária, a fazerem uma avaliação individual de cada casal, levando em consideração sua história, suas características, que são resultados das influências sofridas pelo meio físico e cultural, suas

condições socioeconômicas, bem como seus direitos constitucionais, por serem e integrarem uma sociedade politicamente organizada.

No que tange, a percepção dos homens, mostraram-se totalmente leigos, por não frequentarem a UBS, não souberam informar como funciona o serviço prestado as suas famílias.

O MS, em relatório de avaliação das Equipes de Saúde da Família, apontou para uma realidade triste no cenário da atenção básica, em que mais da metade dos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na saúde da mulher, não tiveram capacitação suficiente para implementação de ações de planejamento familiar, tratamento de infecções ginecológicas, prevenção do câncer de colo de útero e consultas pré-natais (PIERRE; CLAPIS, 2010).

A identidade masculina foi construída ao longo da história, que os diferenciam de papéis sociais do gênero feminino. E são essas atribuições que lhes foram alocadas, que os afastam dos serviços de saúde, pois são encarados como uma fraqueza que os diminuem perante a sociedade (SILVA; et al., 2010).

Procurou-se identificar o grau conhecimento dos entrevistados em relação aos meios que a ESF tem utilizado para a expansão do planejamento familiar e encontrou-se que as estratégias de distribuição de preservativos masculinos e de anticoncepcionais foram bem sucedidos e reconhecidas pelos entrevistados.

*“Eles distribuem camisinha para os homens, às vezes as agentes de saúde passam na frente do meu trabalho de dão para os chapeados um fardo de camisinha.” Casal 15 M.*

*“Melhorou muito, porque hoje no postinho tem tudo, tem camisinha, comprimido, injeção, tem palestra, eu não vou porque não tenho tempo, mas é muito importante.” Casal 15 F.*

*“Ah... hoje em dia tem muitas coisas que o governo dá para povo, é tanto auxílio que o povo está ficando é preguiçoso para trabalhar.” Casal 07 M.*

*“Tem aumentando muito, porque hoje em dia só engravida quem quer, porque grátis tem, ter filho sem planejar só para quem quer.” Casal 07 F.*

Ao questionar os entrevistados sobre os avanços no programa, a maioria deu ênfase a distribuição de camisinha e de anticoncepcional, isso acontece porque foi algo que envolveu grandes esforços empregados por parte do governo de fornecer os insumos necessários, pelos profissionais, pelos meios de comunicação na divulgação coletiva, o que ampliou acesso a

informação, de forma simples e consistente, tudo isso junto impulsionou uma grande mudança no pensamento, gerando mudança de hábitos.

O movimento feminista tem tido papel de grande relevância nos debates sobre planejamento familiar, para que todas as mulheres tenham o direito de controlar os seus corpos, optar por ter ou não filhos, e a quantidade desejada (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

#### **Categoria 4 - satisfação do casal na realização do planejamento familiar na ESF**

A categoria, satisfação do casal na realização do planejamento familiar na ESF, surgiu do questionamento no qual os entrevistados pudessem expor suas vivências e satisfações na ESF, bem como no planejamento familiar.

As transcrições abaixo revelaram outro fato inerente encontrado nas entrevistas, e que merece ser elencado, discorre sobre a escolha pelo método contraceptivo. O que deveria partir de uma opção individual, levando em consideração a vontade da mulher, está condicionada ao método oferecido gratuitamente pelo serviço.

*“Não gosto de usar camisinha sempre, mas ela não pode tomar os remédios.” Casal 09 M.*

*“Preferia usar anticoncepcional, por notar que meu marido não gosta de usar camisinha, mas como não posso! Fazer o que? Né! As vezes fazemos desprotegidos mesmo, arriscando quando tá perto de descer ou logo que passa a menstruação.” Casal 09 F.*

*“Sim, não tenho muitos filhos, mas dou de conta da minha família, não falta as coisas dentro de casa, eles vão para escola” Casal 19 M.*

*“Se tivesse outro método seria melhor, até tem a gente nem pode dizer que não tem, porque tem. Mas, no meu caso já faz 15 anos que eu tomo, mas sempre eu tenho algumas inflamações, pelo menos duas vezes no ano, só que aí eu procurei o médico e ele disse que eu tinha que tomar dois anos e parar por 3 meses para limpar o meu útero, se tivessem outro método eu queria, porque assim preservativo eu não gosto, eu acho que machuca muito, é muito quente, aí é que inflama.” Casal 19 F.*

Diante das respostas das entrevistadas, ficou claro, que as consultas, via de regra, não são dadas a devida importância, perdendo sua essência real, que se baseia no aconselhamento, na escuta e oferta de autonomia as atoras sociais. O que fica evidenciado de sua realidade



corriqueira é uma distribuição de contraceptivos que as ESF dispõem, sem maiores esclarecimentos.

Salienta-se ainda, que existem outros métodos contraceptivos, não só o hormonal, existe também os de barreira, os naturais ou comportamentais, porém evidenciou-se uma eleição por parte dos profissionais de não sugerirem outros meios, de acordo com a necessidade de cada mulher, diferentes do hormonal e barreira (camisinha), por julgarem ser “arriscados”.

Concordando com o estudo realizado por Andrade e Silva (2009), as principais razões mais citadas pelas entrevistadas quanto à escolha pelo uso de métodos dos anticoncepcionais orais, se deu pela falta de informação de outros métodos contraceptivos e as reações que outros métodos contraceptivos, o que aponta para outra problemática, de que as mulheres possuem conhecimentos limitados sobre a fisiologia humana, e principalmente sobre os meios de regulação da fecundidade disponíveis e seus possíveis efeitos adversos.

Investigar a satisfação com a forma em que esta sendo conduzindo o planejamento familiar, é a melhor forma de ter uma visão holística das lacunas a serem trabalhadas e consequentemente melhoradas.

*“Sim, pois hoje é difícil você ver um casal com 3, 4, 5 filhos, só que o governo com esses auxílios que dão aos pobres acaba incentivando eles a terem mais, isso é errado, porque o governo devia dar emprego para eles com o suor deles sustentar os seus filhos, né!” Casal 01 M.*

*“Sou, sim. Mas eu acho que as mulheres não deveriam tomar nada isso é muito ofensivo, a pessoa nunca mais é mesma, é dor de cabeça, inchaço, todas essas coisas.” Casal 01 F.*

*“Sim, se puder melhorar será bom, nas filas. Eu nunca vou no posto, mas quando a minha esposa precisa ir eu tenho que ir dormir na fila com ela, nós saímos de casa 02:00 horas da manhã pra pegar uma ficha.” Casal 11 M.*

*“O SUS ainda tem muito que melhorar, o governo tem expandido, pois toda cidade tem postinho de saúde, até na zona rural, as UPAS tem ajudado a desafogar os hospitais, o SAMU já tem em toda cidade também, mas a burocracia e a corrupção ainda estão prejudicando muito a população que realmente é carente. Eu graças a Deus tenho como me virar, mas e as pessoas que não tem como, como ficam?!” Casal 11 F.*

Apesar dos casais mostrarem-se favoráveis aos resultados, ou melhor, satisfeitos com a forma que está sendo manejado o seu planejamento familiar pela UBS, não implica dizer

que o serviço esteja atendendo os requisitos básicos, o que leva a reflexão sobre alguns pontos, que envolve várias esferas, desde a governamental, dos profissionais e dos próprios usuários. Isso se explica pelo fato de que, os entrevistados não relacionavam satisfação ao serviço prestado pela ESF e sim a vida de seus filhos, se assim fosse o caso. E também pelo desconhecimento sobre seus direitos legais.

O estudo de Reis e Tavera (2011) corroboram no sentido de que os efeitos adversos e a falha no uso estão entres as principais motivações para as mulheres descontinuarem o uso dos anticoncepcionais. Já quanto ao uso da camisinha, o descontentamento se evidencia principalmente, em relacionamentos estáveis, pois partem do pressuposto que o compromisso afetivo é suficiente para protegê-las, não só de doenças, mas de gravidez indesejada e afirmarem não terem o mesmo prazer durante o ato sexual (SILVA; GLASMAN, 2008).

Questionou-se o que eles acham que deveria melhorar no planejamento familiar, como uma forma de desenvolver o raciocínio crítico, sendo um espaço aberto, onde eles podiam se manifestar seu pensamento crítico livremente.

*“Bom eu queria ter mais condição para ter mais filhos, mas tá bom o que Deus me deu.” Casal 12 M.*

*“Bastante coisa, principalmente o atendimento, o tempo das consultas que deveriam ser maiores.” Casal 12 F.*

*“O atendimento, porque para passar no posto é muido, tem que dormir na fila, exames, consultas, tudo é muito demorado, sem falar na burocracia.” Casal 16 M.*

*“Por exemplo, essa nova lei que só os farmacêuticos podem entregar as medicações, isso tem prejudicados o trabalho de vocês enfermeiras, que a tem uma aproximação maior das mulheres e sabem orientar, acho isso uma besteira. Se eles realmente explicassem as pessoas como usar, mas eu levei a minha vó para pegar os remédios da pressão, o farmacêutico coitado nem se quisesse poderia dar atenção a ela, pois tinha uns 50 idosos na porta esperando para pegar a medicação, então não concordo com isso.” Casal 16 F.*

As sugestões mais apontadas pelos usuários foram à questão da melhora no atendimento e a diminuição da burocracia, que para eles já facilitaria o seu acesso a UBS. Quanto à burocracia, é um problema generalizado, de difícil resolução, porque a massa da população não compreende o sistema de organização do SUS.

A qualidade da assistência que é oferecida é diretamente influenciada pela comunicação, que é o elemento básico capaz de estabelecer o vínculo entre profissional e

paciente. No entanto, percebe-se que a esta ferramenta de trabalho muitas vezes não se fazem percebidas pelos usuários, restringindo-se apenas a finalidade do método e o uso correto (RODRIGUES; OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu conhecer as práticas de planejamento familiar desenvolvidos pelos casais, à abordagem da equipe de ESF, bem como a satisfação dos mesmos. O resultado desta pesquisa apontou para aspectos socioculturais, quanto ao ingresso da maioria das mulheres no programa de planejamento familiar, onde a maioria delas declarou iniciar por conta própria, sem acompanhamento profissional, e somente após o primeiro filho não-planejado, que era estabelecido o vínculo com a UBS; quanto aos homens apesar de não saberem o tempo em que suas companheiras realizavam o planejamento e nem como eram realizadas as consultas de enfermagem, se declaravam participantes nas decisões referentes ao planejamento familiar bem como mantenedores de suas responsabilidades com as despesas domiciliares.

A partir da análise dos depoimentos dos casais se evidenciou as diversas vertentes do ser humano, em que seus aspectos socioculturais muitas das vezes é o que condiciona os casais no seu modo de viver. Revelando também uma definição simplificada do que é planejamento familiar, marcada pela ausência de senso crítico e de consciência cidadã, que revela uma óptica dos atores sociais sem juízo de valores, sem padrões de qualidade que sirvam como parâmetros para avaliação do serviço prestado.

Outro aspecto que se pode levantar diante das falas acima expressas, é quanto a pouca quantidade de informações fornecidas aos usuários, assim como, as restrições de acesso aos métodos. Estando a descontinuação do uso do método contraceptivo associada aos efeitos colaterais, a amamentação e a disponibilidade, obrigando os casais a se adequarem as circunstâncias de gerenciamento e de administração da saúde pública em consonância as circunstâncias gerais que lhes afetam.

Frente às lacunas existentes no serviço, deve-se ser cobrado do governo mais capacitação em planejamento familiar aos profissionais da atenção básica, assim como também condições estruturais e físicas, possibilitando desenvolver atividades educativas juntamente com os casais. A partir dessas mudanças pode-se sugerir uma melhor organização da atenção prestada – informações, acesso as novas tecnologias para as escolhas reprodutivas autônomas. Como também, uma ação em conjunto com as agentes de saúde, para que seja realizado um mapeamento das áreas de riscos, e conseqüentemente uma captação desses jovens casais, que em sua grande maioria possuem pouca instrução quanto ao serviço de

planejamento familiar, essas algumas medidas simples, que pode contribuir para uma estruturação e consolidação programa de planejamento familiar.

Os resultados aqui expostos são predominante local, visto que a pesquisa foi realizada em apenas dois bairros de uma cidade, o que não implica todos os casais.

A maior dificuldade vivenciada para desenvolver a pesquisa foi realizar a entrevista, pois foi difícil encontrar o casal, em que a mulher realizasse o PF na UBS, visto que muitas realizavam em consultórios particulares; e ainda, a impossibilidade, na maioria das vezes do homem em participar, ou por não está em casa, ou por trabalhar em outra cidade. Considero também que foram muitas ruas percorridas, muitos rejeições, mas quando havia êxito na abordagem, a entrevista discorria de forma tranquila.

Diante dos resultados encontrados, espera-se que este estudo não seja apenas mais um realizado e sim, que possa instigar outros pesquisadores, em outras regiões, bem como, em outros locais a darem continuidade ao tema, contribuindo assim, com a assistência de enfermagem junto ao casal, tendo em vista a relevância dos resultados para a enfermagem, a saúde do casal e a sociedade. E que os governantes se sensibilizem para promoverem melhores condições para a realização do planejamento familiar, visto que promove diretamente melhores qualidades de vida e de crescimento, não só familiar, mas de toda uma nação.

Considera-se então, que os casais necessitam de um acompanhamento de planejamento familiar de forma integral, e não apenas individual; e que todos os corresponsáveis por essa assistência implemente suas habilidades e competências com esse objetivo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.C.; SILVA, L.R. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Revista Eletr. Enfermagem**. v. 11, p. 86, 2009. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a11.htm>>. Acessado em: 22 de out. 2012.

ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C. **Contraceção de Emergência no Brasil e América Latina: Dinâmicas Políticas e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. São Paulo:

Comissão de Cidadania e Reprodução, 2010. Disponível em: <

[http://www.ccr.org.br/uploads/ciclododebates/volume\\_4\\_Contracecao%20de%20emergencia%20no%20Brasil%20e%20America%20Latina.pdf](http://www.ccr.org.br/uploads/ciclododebates/volume_4_Contracecao%20de%20emergencia%20no%20Brasil%20e%20America%20Latina.pdf)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

BOUZAS, I; PACHECO, A; EISENSTEIN, E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**. Rio de Janeiro, 2004-2013.

Disponível em: < [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=218](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=218)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos**

**anticoncepcionais – cad. nº02**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoesdireitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_metodos\\_anticoncepcionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoesdireitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf)>. Acessado em 16 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n.26. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 143 e 144. Disponível em:

<[http://www.fasa.edu.br/images/pdf/CAB\\_Saude\\_Sextual\\_e\\_Reprodutiva%202009-PLANEJ%20FAM.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/CAB_Saude_Sextual_e_Reprodutiva%202009-PLANEJ%20FAM.pdf)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministro de Estado da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 10 de Nov. de 2013.

CAIXETA, C.R.C.B. **Consulta de enfermagem em saúde da família: um levantamento bibliográfico**. 2009 12f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)—Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

CARNEIRO, L.V. **Decidindo pela vasectomia: a fala dos homens**. 2012. 75f. Dissertação (Programa de pós-graduação em enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: <

[http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2166](http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2166)>. Acessado em: 18 de novembro de 2013.

CARVALHO, B.C. **Investigando a gravidez na adolescência e seus determinantes nos dias de hoje**: levantamento bibliográfico. 2012. 10 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)—Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberada, 2012. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3416.pdf>>. Acessado em: 18 de novembro de 2013.

COELHO, E.B.S. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**. Florianópolis, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a07v58n6.pdf>>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

COSTA, A. M; GUILHEM, D; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de saúde materna e infantil**. Recife, v. 6, n. 1, jan./ mar. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1>>. Acessado em 16 nov. 2013

COSTA, C.C.S. **PLANEJAMENTO FAMILIAR: A PERCEPÇÃO DA MULHER ACERCA DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NESTE CONTEXTO**. Uruguaiana: Universidade Federal de Pampa, p.13. 2010. Disponível em: <<http://www.yumpu.com/pt/document/view/8011159/universidade-federal-do-pampa-unipampa-cursos>>. Acessado em 16 nov. 2013.

CLAUDIO, C.V. et al. Monitoramento Biológico Sob a Ótica dos Enfermeiros Gerentes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 256, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/180>>. Acessado em: 23 de novembro de 2013.

DANTAS, A.L; CARVALHO, J.G; SILVA, M.M.H. Planejamento familiar: percepção de mulheres que desejam ter filhos. **Revista Interdisciplinar**. Online, v. 6, n. 4. out. nov. dez. 2013. Disponível em: <[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/207/pdf\\_67](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/207/pdf_67)>. Acessado em: 20 de novembro de 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA-FEBRASGO. **Manual de Orientação Anticoncepção**. São Paulo: 2010. Disponível em: <[www.febRASGO.org.br](http://www.febRASGO.org.br)>. Acessado em: 20 de novembro de 2013.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. **Relatório sobre a situação da população mundial 2012**. Brasil, 2013. Disponível em: <[http://www.un.org/files/BOOK\\_SWOP\\_2012.pdf](http://www.un.org/files/BOOK_SWOP_2012.pdf)>. Acessado em: 24 de novembro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Paraíba – Pombal - infográficos: dados gerais do município**. 2013. Disponível em:< <file:///C:/Users/Win7/Documents/IBGE%20%20Cidades%20%20Infogr%C3%A1ficos%20%20Para%C3%ADba%20%20Pombal%20Dados%20Gerais.htm>>. Acesso em: 02 de Dezembro de 2013.

MACHADO, M.F.A.S; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 336, 2007. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2260.pdf>>. Acessado em: 23 em novembro de 2013.

MATTOS, J.M.; PETERMANN, M.; ROSSI, A.V. **Pílulas Anticoncepcionais**. Campinas: PIBID-IQ-UNICAMP, 2012. Disponível em: < <http://gpquae.iqm.unicamp.br/textos/T2.pdf>>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

MENDES, J.J.N. **Adesão dos jovens do gênero masculino à Consulta de Planejamento Familiar**. Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde, 2011.

Disponível em: <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2792/3/T\\_18068.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2792/3/T_18068.pdf)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

MORAIS, S.P.; VITALLE, M.S.S. Direitos Sexuais e Reprodutivos na Adolescência. **Revista Associada Medicina Brasileira**. São Paulo. v. 58, n. 1, p. 48, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a14.pdf>>. Acessado em 20 out. 2013.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M.; GALVÃO, M.T.G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/22.pdf>>. Acessado em 16 nov. 2013.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**. Curitiba, v. 15, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acessado em 02 de dezembro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde**. OMS: 2007. Disponível em: <

[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADL195.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL195.pdf)>. Acessado em: 23 de novembro de 2013.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**. Curitiba: v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009. Disponível em: < <http://www.foxitsoftware.com>>. Acessado em: 20 de novembro de 2013.

PIERRE, L.A.S; CLAPIS, M.J. Planejamento familiar em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Online, v. 18, n. 6, nov. dez. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

POLI, M.E.H.; et al. **Manual de anticoncepção da FEBRASGO**. Femina, v. 37, n.09, 2009. Disponível em: <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9\\_Editorial.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-v37n9_Editorial.pdf)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

PORTUGUAL, Direção Geral da Saúde. **Saúde Reprodutiva, Planejamento Familiar**.

Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008. Disponível em:<

[http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230\\_2.pdf](http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf)>. Acessado em: 02 de dezembro de 2013.

PORTUGUAL, Sociedade Portuguesa. **CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO 2011**.

Estoril: Sociedade Portuguesa, 2011. Disponível em:<

[http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11\\_11363\\_2.pdf](http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf)>. Acessado em 02 dezembro de 2013.

REZENDE, A.C.; et al. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte: 2010. Disponível:<

[https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC\\_diagnostico.pdf](https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf)>. Acessado em: 02 dezembro de 2013.

RIBEIRO, P.J. et al. Planejamento Familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 416.



São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/65/01%20Planejamento\\_baixa.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/01%20Planejamento_baixa.pdf)>. Acessado em 16 nov. 2013.

REIS, S. D; TAVEIRA, C. C. Estudo das reações adversas aos anticoncepcionais realatos por mulheres em uma drogaria de Taguatinga – DF. **Cenarium Farmacêutico**. Online, v. 4, n. 4, mai/nov. 2011. Disponível em:< <http://www.sbpcnet.org.br/saoluis/arquivos/posteres.pdf>> Acessado em: 20 de novembro de 2013.

RODRIGUES, L. A. A; OLIVEIRA, Z. M. Percepção dos usuários sobre o serviço planejamento familiar. **FG Ciência, Guanambi**, v. 1, n. 1, jan/jul, 2011. Disponível em: < [http://www.portalfg.com.br/revista/arquivos/artigos/Artigo\\_3B.pdf](http://www.portalfg.com.br/revista/arquivos/artigos/Artigo_3B.pdf)>. Acessado em: 20 de novembro de 2013.

SANTOS, J.C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 16, 2011. Disponível em: < <file:///C:/Users/Win7/Documents/Monografia/Refer%C3%AAs/Ancias/Ci%C3%AAncia%20&%20Sa%C3%BAde%20Coletiva%20-%20usado.htm>>. Acessado em 16 nov. 2013.

SILVA, E .L; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: < <http://www.portaldeconhecimentos.org.br/index.php/por/Conteudo/Metodologia-da-pesquisa-e-elaboracao-de-dissertacao>>. Acessado em 16 nov. 2013.

SILVA, M. E.D.C; et al. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar, NOVAFAPI**. Teresina, v. 3, n. 3, jul. ago. set. 2010. Disponível em: <[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3\\_v3n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf)>. Acessado em 16 nov. 2013.

SILVA, N. M. P; LEMOS, A. O jovem homem universitário frente ao aborto: uma contribuição para enfermagem. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**. Online, v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2047/2151>>. Acessado em 16 nov. 2013.

SILVA, P. B; GLASMAN, R. **Sexualidade e reprodução no universo masculino: um tema em questão**. 2008. 93 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://www.ess.ufrj.br/monografias/104061593.pdf> >. Acessado em 16 nov. 2013.

SILVA, P. R.; RIBEIRO, G.T.F. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. **Vita et Sanitas**, Trindade-Go, n. 03, 2009. Disponível em: < [http://fug.edu.br/revista\\_3/pdf/asc\\_elodeligacao.pdf](http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf)>. Acessado em: 15 de novembro de 2013.

SMELTZER, S.; BARE, C. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, C.Q.M.S.; et al. **Protocolo de Ação para Assistência de Enfermagem**. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas Secretaria de Saúde, sd. Disponível em: <

[http://www.prosaude.org.br/legislacao\\_2013/Manuais/protoc\\_assist\\_enferm.pdf](http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/protoc_assist_enferm.pdf)>. Acessado em: 23 de novembro de 2013.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**: o que são direitos reprodutivos. 3. ed. Brasília-DF: Câmara Brasileira do Livro, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivosdireitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivosdireitos_reprodutivos3.pdf)>. Acessado em 16 nov. 2013.

VIEIRA, C.S; BRITO, M.B; YAZLLEI, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 30, n.9, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000900008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000900008&script=sci_arttext)>. Acessado em: 16 de nov. 2013.

VILELA, M.E.M. Métodos e Técnicas de Estudo. **Faculdade Machado de Assis**. sd. Disponível em: <[http://famanet.br/pdf/cursos/semipre/metodos\\_tecnicas\\_estudo\\_md3.pdf](http://famanet.br/pdf/cursos/semipre/metodos_tecnicas_estudo_md3.pdf)>. Acessado em: 04 de dezembro de 2013.

WANNMACHER, L. **Novas opções contraceptivas**. Brasília, v. 3, 2006. ISSN 1810-0791. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v3n7\\_contraceptivos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v3n7_contraceptivos.pdf)>. Acessado em 16 nov. 2013.

**APÊNDICE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UCFG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

- a. Idade: \_\_\_\_\_
- b. Sexo: M ( ) F ( )
- c. Estado Civil: \_\_\_\_\_
- d. Escolaridade: \_\_\_\_\_
- e. Profissão: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. O que você entende por planejamento familiar?
2. Quanto tempo faz que você iniciou o planejamento familiar? E como foi?
3. Teve alguma orientação profissional?
4. Qual é a importância do seu papel no planejamento familiar?
5. Você está satisfeito pela escolha?
6. Como tem sido realizada a consulta de enfermagem?
7. Quais os meios que a ESF tem utilizado para a expansão do planejamento familiar?
8. Você é satisfeito com a forma em que a ESF conduz planejamento familiar? Por quê?
9. O que você acha que deveria melhorar no planejamento familiar?

**ANEXO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UCFG  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

**PESQUISA: PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONHECENDO AS VIVÊNCIAS E  
SATISFAÇÕES DE CASAIS**

Eu, **MILENA SILVA COSTA**, professora da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 96029241779, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela orientação do pesquisador colaborador, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Milena Silva Costa

Pesquisadora

Cajazeiras, 02 de novembro de 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UCFG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE**

PESQUISA: PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONHECENDO AS VIVÊNCIAS E  
SATISFAÇÕES DE CASAIS

Eu, **LARYSSA RAMOS BESERRA**, aluna da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 47.485.216-7 SSP/SP e CPF: 077.527.964-17 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Milena Silva Costa desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Laryssa Ramos Beserra.  
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 02 de novembro de 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UCFG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é LARYSSA RAMOS BESERRA, eu sou acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONHECENDO AS VIVÊNCIAS E SATISFAÇÕES DE CASAIS”.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar o problema do planejamento familiar é que ainda muitos casais não estão fazendo adequadamente o planejamento familiar, apesar da disponibilidade de informações e métodos pelas equipes da estratégia de saúde da família. A pesquisa se justifica pela necessidade que se tem de ouvir os casais, tendo em vista que à maioria dos estudos sobre o tema enfoca a participação da mulher, deixando o homem excluído, seja por opção deles de não participar de pesquisas, seja por os pesquisadores não priorizarem o homem como integrante do planejamento familiar. O objetivo dessa pesquisa é o conhecer as práticas de planejamento familiar pelo casal, abordagem da equipe de ESF e satisfação do casal. O procedimento de coleta de dados se dará por meio de visitas domiciliares, onde serão realizadas entrevistas semiestruturadas.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Não haverá desconforto ou risco mínimo para o(a) Sr.(a) que se submeter à coleta do material, se submeter ao procedimento, participar da entrevista, sendo que se justifica pelo benefício pesquisa, que trará a Sr.(a), a sociedade.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA:** A participação do S nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, t em vista que o planejamento familiar é uma estratégia de promoção e educação em saúde.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em



participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultado da pesquisa, permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora LARYSSA RAMOS BESERRA, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Laryssa Ramos Beserra ou a professora orientadora Milena Silva Costa através do telefone (83) 3531-2000. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

		/ /
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data
		/ /
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE  
SAÚDE**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “CONHECENDO AS PRÁTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DESENVOLVIDO PELOS CASAIS”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador Laryssa Ramos Beserra (a), sob orientação de MILENA SILVA COSTA está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Pombal, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
ROSELENE OLIVEIRA FREITAS PEREIRA DE QUEIROGA.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DE POMBAL-PB

Roselene O. Freitas P. Queiroga  
Mat.: 578921  
Secretaria Municipal de Saúde